

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 Juin 1901, à 1 heure

Par JACQUES-CHARLES-FRANCK DELAGE

Né à La Rochelle, le 3 janvier 1874

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

DANS LE TRAITEMENT

DES LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : { MM. TILLAUX, professeur.
BROCA (Aug.) et LEJARS, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, EDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 Juin 1901, à 1 heure

Par JACQUES-CHARLES-FRANCK DELAGE

Né à La Rochelle, le 3 janvier 1874

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

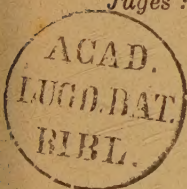
L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

DANS LE TRAITEMENT

DES LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : { MM. TILLAUX, professeur.
BROCA (Aug.) et LEJARS, agrégés.



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS-DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	N...
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encephale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUD.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA (Aug.).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
BROCA (André).	HEIM.	REMY.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND MÈRE

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MON ONCLE LE DOCTEUR YVES DELAGE

Professeur d'anatomie et de zoologie à la Sorbonne.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FÉLIX TERRIER

A MON MAÎTRE ET AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR EMILE TÉDENAT

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

MESSIEURS LES PROFESSEURS GILIS, GRANEL, TÉDENAT,
TRUC

MESSIEURS LES PROFESSEURS CARRIEU, DUCAMP,
FORGUE, HAMELIN

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS BERTIN-SANS,
LAPEYRE, RAUZIER et VIRES

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR FÉLIX TERKIER

Chirurgien de l'Hôpital de La Pitié.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL RECLUS

Chirurgien de l'Hôpital Laënnec.

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

Chirurgien de l'Hôpital Bichat.

MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT

Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE

LE REGRETTÉ PROFESSEUR POTAIN

MESSIEURS LES DOCTEURS H. HARTMANN, JEAN-LOUIS
FAURE

Chirurgiens des Hôpitaux.

LAMY, DALCHÉ, VAQUEZ, TEISSIER

Médecins des Hôpitaux.

A MES AMIS

LES DOCTEURS A. GOSSET et ROBERT PROUST

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

DANS LE TRAITEMENT

DES LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

AVANT-PROPOS

Au nombre des questions mises à l'ordre du jour du XIII^e Congrès français de chirurgie, se trouvait celle de l'hystérectomie abdominale totale, sur laquelle M. le D^r Ricard, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris, lut un remarquable rapport.

Voyons ce qu'il disait tout au début de son étude, en quelques lignes que nous reproduisons intégralement.

« L'hystérectomie abdominale totale, reléguée jadis au rang des opérations rares, sinon exceptionnelles, est devenue l'opération de choix pour nombre d'affections utérines et annexielles, les autres procédés d'exérèse ne vivant pour ainsi dire plus que de ses contre-indications. Il s'en faut toutefois que l'hystérectomie abdominale totale ait la même valeur et, partant, les mêmes indications, dans toutes les affections utéro-annexielles. Aussi doit-on classer ces affections en deux groupes bien distincts :

« Les affections justiciables de l'exérèse totale de l'utérus sont ou d'origine infectieuse, ou d'origine néoplasique.

« Dans le premier cas, c'est-à-dire dans les infections utéro-annexielles, la question nous a paru ne pas avoir la maturité qu'elle

a acquise vis-à-vis du second groupe. Fait à noter, l'appel que j'ai fait à mes collègues par la voie de la presse médicale, est resté sur ce sujet absolument sans réponse. D'autre part, l'étude à laquelle je me suis livré m'a conduit à penser que sur ce premier point les partisans de la voie haute et ceux de la voie vaginale sont restés sur leurs positions.

« Les deux voies opératoires, excellentes toutes deux, restent donc en parallèle. L'ensemble des faits publiés ne m'a pas paru entraîner la conviction en faveur de l'une ou de l'autre, et les indications acceptées par les uns, repoussées par les autres, ne m'ont pas semblé avoir toute la rigueur désirable pour amener votre rapporteur à poser des conclusions fermes. Ma compétence sur ce point est d'ailleurs restée limitée. Laparotomiste convaincu et respectueux de l'utérus chaque fois que les lésions ont permis la conservation de l'organe, ce qui m'a paru être l'immense majorité des cas, j'ai peu pratiqué l'hystérectomie abdominale pour annexites. Aussi sur ce point, mon rapport n'eût été qu'une discussion plus ou moins théorique sur les faits d'autrui sans être passé au crible d'une opinion suffisamment documentée par des observations personnelles. J'ai cru bien faire en évitant ces dissertations aussi longues que fastidieuses qui encombrèrent encore trop souvent les *Bulletins* de nos Sociétés savantes.

« Sur ce point spécial, qu'ils s'agisse d'annexites aiguës ou subaiguës, de lésions chroniques éteintes ou passagèrement réchauffées, je convie donc les partisans de l'une et de l'autre méthode à produire des faits normaux, à accumuler des matériaux qu'un autre Congrès pourra ultérieurement mettre au point. »

Comme on le voit, M. Ricard laissait de côté entièrement l'application de l'hystérectomie au traitement des annexites.

Cependant, quelques chirurgiens, séduits par les résultats publiés en Amérique, en Allemagne et en France par les premiers partisans de la nouvelle opération, s'étaient déjà faits ses défenseurs; ils avaient publié des procédés spécialement applicables à la castration utéro-annexielle, et se félicitaient de ses résultats. Ils le déclarèrent hautement dans la discussion qui, au Congrès même de 1899, suivit la lecture du rapport de M. Ricard.

On peut se rendre compte en effet, par la lecture de ces communications, que Terrier, Hartmann, Quénu, Jonnesco voient s'augmenter le nombre des partisans de l'opération qu'ils ont adoptée

et pratiquée dès le début. On voit s'étendre le champ des indications de cette opération que Delagenière présenta comme utile mais exceptionnelle, quand il la révéla.

Depuis 1899, comme nous le montrerons dans l'historique de cette question, la pratique de l'hystérectomie totale ou sus-vaginale s'est de plus en plus accrue et perfectionnée.

Or nous avons, durant deux années passées dans le service de M. le professeur Terrier, vu traiter systématiquement les lésions bilatérales des annexes par la castration utéro-annexielle, que notre maître emploie depuis l'année 1897.

Nous avons réuni ainsi 74 observations de malades, et nous avons chez toutes cherché à connaître les résultats éloignés de ces opérations, à la plupart desquelles nous avons eu l'avantage d'assister, souvent en qualité d'aide.

C'est en nous basant sur ces faits, sur ceux que nous avons trouvés épars dans la littérature médicale, et sur ceux que nous devons à l'obligeance des chirurgiens que nous savions pratiquer le plus l'hystérectomie abdominale pour annexites, que nous avons voulu étudier ici cette opération, dont nous donnons une statistique plus complète que celles parues jusqu'à ce jour.

Après en avoir fait l'historique, après avoir étudié au point de vue chirurgical les vaisseaux de l'utérus dont la situation est si importante à connaître, nous avons cherché à poser, toujours d'après les résultats connus, les indications de la castration utéro-annexielle, à indiquer ses avantages.

Nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant de faire connaître dans tous ses détails le procédé du professeur Terrier, tel qu'il le pratique actuellement, avec ses plus récents perfectionnements, en réunissant dans notre étude et en décrivant tous les autres procédés proposés, avant de poursuivre par l'étude de ses complications et de ses résultats ce travail sur l'hystérectomie.

Ce mémoire n'a pas la prétention de remplir pleinement les desiderata exprimés par M. Ricard. Nous nous sommes proposé seulement d'essayer de contribuer à cette mise au point ultérieure qu'il conseillait pour l'avenir et, sans espérer la réaliser complètement, nous l'avons tentée.

La lecture des observations de notre maître, publiées entièrement

et intégralement, entraînera peut-être la conviction mieux que ce que nous avons pu acquérir grâce à elles. C'est en les voyant discuter, pratiquer par M. Terrier, en allant examiner les opérées à une date éloignée, que nous avons personnellement acquis notre croyance absolue en la supériorité de la voie haute sur la voie basse.

Nous sommes persuadé que si elle était encore mieux connue et plus employée, la castration utéro-annexielle donnerait des résultats encore plus beaux. Cela semble, en effet, paradoxal, mais on trouve cependant très souvent des chirurgiens qui reconnaissent que cette opération est surtout utile dans les cas très difficiles, et qu'elle est alors bien préférable à la voie vaginale et à l'oophoro-salpingectomie ils la gardent pour ces cas, où elle est presque forcée ; à plus forte raison devraient-ils être heureux de pouvoir en bénéficier dans la pratique des cas simples, et l'on comprend mal pourquoi ils les réservent à d'autres méthodes qui encourent le reproche d'insuffisance, et de ce seul fait nous semblent condamnées.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

C'est le chirurgien américain Kimball qui, en septembre 1853, ayant à opérer un fibrome de l'utérus, pratiqua le premier l'hystérectomie abdominale totale en raisonnant son opération. Ses compatriotes suivirent son exemple, et l'on sait la fortune heureuse de ce procédé que les chirurgiens américains et européens ont amené à un haut degré de perfection sous le rapport des indications aussi bien qu'au point de vue de la technique.

Ce n'est que bien longtemps après qu'elle avait fait ses preuves dans le traitement des fibromes, à une époque récente, que nous voyons l'hystérectomie abdominale être préconisée dans le traitement des annexites ; et c'est en Amérique encore que, pour la première fois, l'hystérectomie abdominale se voit donner des indications précises dans la thérapeutique des lésions inflammatoires des annexes.

A cette époque seulement elle devint une méthode, car on ne peut considérer les cas rares et isolés où Orthmann (de Berlin), Sacré (de Bruxelles), Chaput avaient pratiqué cette opération tout à fait par exception et sans règles, en quelque sorte par nécessité. Quant à l'opération faite en 1892 par Doyen, s'il enleva l'utérus et les annexes malades, ce fut encore par nécessité, et elle ne peut être regardée comme la source d'une méthode nouvelle.

En 1892, frappé des difficultés qu'il y avait à arrêter le suintement sanguin de l'utérus, qui fréquemment présente à sa surface postérieure une surface cruentée, saignante après la décortication des annexes enflammées et adhérentes, Baldy (de Philadelphie) résolut de compléter l'ablation de ces annexes par celle de l'utérus, souvent d'ailleurs malade lui-même. Deux fois Baldy fit donc l'hystérectomie comme complément nécessaire d'une première opération, deux fois

son intervention fut de parti pris radicale, et il eut quatre succès qu'il communiqua en septembre 1892 à la section de gynécologie du *Pan American medical Congress* tenu à Washington.

Séduit par cette opération, Polk se met à la pratiquer, et soutient la nécessité d'extraire l'utérus dans certaines formes de lésions des annexes, et c'est sur sept cas où il obtint un résultat parfait qu'il appuie sa communication à la Société de gynécologie et d'accouchement de New-York, en octobre 1893, où Cushing, Dudley, Edebohls combattent la nouvelle opération dont Krug déclare avoir tiré grand bénéfice dans un cas.

Après cette communication cependant, Krug, Brown, Edebohls sont acquis à l'hystérectomie abdominale, dont Baldy se fait l'ardent défenseur à la Société de gynécologie de Philadelphie au cours d'une publication de 22 résultats parfaits sur 22 opérations. Il montre que par la voie abdominale on fait une intervention complète, permettant de drainer efficacement, supprimant l'utérus inutile et parfois nuisible. H. Byford et Gordon s'opposent formellement à la nouvelle opération acceptée avec des indications nettes par la grande majorité des autres chirurgiens, et à laquelle peu à peu presque tout le monde se rallie.

L'application de la castration totale pour annexites, faite par la voie abdominale, est enseignée en France par Henri Delagenière (du Mans) qui, l'ayant employée le 20 janvier 1894, communique à la Société de chirurgie de Paris, le 14 février, une observation avec guérison. Il révèle aux chirurgiens français les succès dont se félicitent les Américains qui pratiquent couramment ce procédé inconnu des chirurgiens d'Europe.

La lecture de l'observation de Delagenière fut le point de départ d'une discussion au cours de laquelle Routier rappelle un cas où, six ans auparavant, il avait pratiqué l'ablation de l'utérus en même temps que celle des annexes, par nécessité. Chaput prend la parole pour parler d'un mémoire qu'il a communiqué à la Société de gynécologie sur 7 cas de lésions graves des annexes dans lesquels il fit, avec 6 succès, l'ablation totale de l'utérus et des annexes par la laparotomie vagino-abdominale. Pozzi, Reclus, Segond, Reynier, Championnière discutent l'opportunité de la castration totale, qu'ils trouvent inutile. Quénu, lui, tendrait à l'admettre. La discus-

sion porte en somme sur la comparaison des avantages offerts par la voie vaginale et par la laparotomie; tout le monde considérant d'un commun accord que l'opération pratiquée par Delagenière doit demeurer exceptionnelle. C'est d'ailleurs comme procédé d'exception que Delagenière lui-même regardait la castration utéro-annexielle totale.

Toujours en 1894, au Congrès de chirurgie de Lyon, Delagenière apporte la relation de 3 nouveaux cas suivis de guérisons, ce qui lui fait en tout 4 cas avec 4 succès, sur lesquels il se base pour donner déjà des indications. Il décrit un procédé d'hystérectomie abdominale totale pour les cas d'annexite, procédé qu'il développe longuement en 1895, dans les *Archives provinciales de chirurgie*.

En Allemagne, l'opération américaine avait immédiatement trouvé un bien plus vif succès qu'en France. Bliesner publie dans le *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynæcologie* un long article consciencieusement documenté, où il expose les résultats obtenus depuis 1894 par son maître Bardenhauer, qui a déjà opéré 40 malades en utilisant un procédé de castration abdominale totale personnel.

Schauta et Landau, au Congrès allemand de gynécologie et d'obstétrique, reconnaissent eux aussi de nombreuses indications à l'opération abdominale, dont se déclarent très satisfaits avec eux Döderlein, Everke, von Rosthorn. Zweifel et Sænger préconisent l'hystérectomie abdominale non pas totale, mais supra-vaginale.

En 1896, au Congrès de Genève, on avait mis à l'ordre du jour « le traitement des suppurations pelviennes », question sur laquelle Bouilly, Kelly et Sænger livrent chacun un rapport. Bouilly ne parla qu'incidemment de l'opération américaine, et encore pour lui reconnaître des indications tout à fait exceptionnelles, ce en quoi il représentait l'opinion de la grande majorité des chirurgiens français qui gardaient toutes leurs faveurs à la laparotomie ou à la voie vaginale.

Sænger, dans son rapport, fait une place un peu plus grande à l'hystérectomie abdominale, tout en limitant étroitement ses indications, que Kelly n'étend guère plus, se déclarant partisan plutôt de la simple supra-vaginale, tout comme Sænger. Au cours de la discussion, Delagenière communiqua sa statistique de 10 cas

avec 2 morts. Doléris déclara avoir opéré heureusement 2 fois par cette méthode. Hartmann (de Paris) se déclarait franchement partisan de la voie abdominale et la préférait à la voie vaginale.

L'année 1897 marque dans l'histoire de l'hystérectomie abdominale totale. En France, elle est acceptée par Richelot, qui, partisan convaincu de la voie vaginale, trouve cependant des indications à la castration totale par la voie haute, et modifie en vue de ces cas son procédé d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes.

La communication à la Société de chirurgie, dans laquelle Richelot montrait l'adaptation de son procédé d'hystérectomie pour fibromes au traitement des annexites, fut le point de départ d'une discussion où Reclus déclara avoir fait avec succès 2 castrations utéro-annexielles pour 2 annexites suppurées avec fibrome. Segond déclare avoir eu 8 guérisons et 2 morts en employant le procédé de Kelly, et Hartmann donne connaissance de sa pratique.

Si dans cette discussion il fut beaucoup question de l'hystérectomie et des meilleurs procédés qui permettent de la pratiquer, il faut reconnaître que l'on s'est occupé plutôt de l'hystérectomie pour fibromes, et incidemment des bénéfices que l'on pouvait en retirer dans le traitement des annexites.

Audio, élève d'Hartmann, dans une remarquable thèse sur le traitement des annexites, discute les résultats des divers procédés thérapeutiques, et, se basant sur la statistique de plus de 200 cas de son maître, il arrive à montrer les avantages de la voie abdominale sur la voie basse. Il décrit le procédé d'Hartmann pour la castration abdominale totale dans les cas d'annexite, et l'on sent par la lecture de cette thèse tous les progrès que fait la nouvelle opération. Fait intéressant, Audio avait commencé sa thèse avec l'intention de conclure en faveur de l'hystérectomie vaginale, et c'est en étudiant la statistique d'Hartmann qu'il arrive à conclure dans un sens absolument opposé ; il s'appuie sur les observations de castration abdominale totale de son maître, qui était le chirurgien de Paris en ayant le plus pratiqué, et montre que les indications de ce procédé vont devenir de moins en moins exceptionnelles.

En effet, au Congrès international de Moscou, Jonnesco (de Bucarest) lit une communication sur l'hystérectomie par la voie abdominale suivant son procédé, et il fait une étude des avantages qu'il y trouve,

des causes qui le poussent à abandonner l'hystérectomie vaginale, défendue par Doyen, qui se reconnaît partisan de la méthode rivale cependant, mais seulement pour les cas où l'opération vaginale est trop difficile.

Toujours en 1897, au XII^e Congrès de chirurgie français, des communications sont faites par Jonnesco, par Terrier et ses élèves Delagenière, Montprofit, Hartmann, qui donnent le nombre de leurs interventions toutes heureuses comme opérations et suites éloignées.

J.-L. Faure (de Paris) lit au même Congrès la description de son procédé d'hystérectomie abdominale totale par hémisection. Étant d'avis qu'il est bien inutile de laisser l'utérus quand il n'y a plus d'annexes, il cherche à profiter de l'utérus qui doit disparaître pour enlever plus commodément les annexes, et il montre qu'il atteint son but en sectionnant l'utérus sur la ligne médiane, car il peut ensuite soulever les annexes adhérentes de chaque côté à une moitié de l'organe, et les dérouler ainsi de bas en haut. Comme Jonnesco à l'étranger, Terrier et Hartmann en France, J.-L. Faure est un des plus chauds défenseurs de la voie abdominale.

Comme le dit très bien Chapeyrou dans sa thèse (1898, Bordeaux), inspirée par M. le professeur Villar : « Du moment que l'utérus devra être enlevé, mieux vaut, ainsi que dans le procédé de J.-L. Faure, s'attaquer à lui d'abord ; on fait ainsi de l'hystérectomie un temps préparatoire à l'ablation des annexes, facilitée par le jour que l'on se donne et la commodité qu'il y a à soulever les poches annexielles ! »

En 1898, à la Société de gynécologie belge, Jacobs vante la castration abdominale, dont Jonnesco veut encore montrer tous les avantages au Congrès de Marseille, tenu la même année.

En 1899, il reviendra encore, infatigable, montrer ses résultats et suivi de J.-L. Faure, de Stratz, lors du Congrès d'Amsterdam, se rallier à l'avis d'Henri d'Hartmann (de Paris), qui recommande de choisir la voie abdominale chaque fois que l'on est dans la crainte de laisser à une malade un utérus infecté, douloureux, dangereux pour l'avenir, et de renoncer à la voie vaginale.

Le professeur Terrier, qui fut toujours un des plus ardents et des plus brillants laparotomistes, fut un des premiers à compléter la castration bilatérale par l'hystérectomie. Dans ses publications parues

sur cette opération en 1897, 1898, 1899, il s'efforce de montrer les mérites de la castration utéro-annexielle, si facile et si simple, surtout quand on choisit l'hystérectomie sus-vaginale. Au Congrès international de médecine de 1900, il donne un compte rendu de ses opérations basé sur de solides constatations cliniques, et sa manière de voir est partagée par Quénu, Hartmann, Nann, Jonnesco. Nombre de chirurgiens déclarent, en effet, avoir trouvé dans la voie abdominale une précieuse ressource thérapeutique.

Pendant que ce mouvement, né en Europe grâce à Delagenière, prenait une extension de plus en plus grande, les chirurgiens américains se perfectionnaient aussi dans la pratique de l'hystérectomie abdominale. Nous en avons une indéniable preuve en lisant les mémoires de Noble, de Cushing, et de H. Kelly qui, dans son livre intitulé : *Operative Gynecology*, considère l'opération nouvelle comme devenue classique.

Nous avons la ferme conviction que d'ici peu on reconnaîtra que dans le traitement des affections bilatérales, l'ablation totale ou supra-vaginale de l'utérus doit être non l'exception, comme le disait Delagenière en 1894, mais bien la règle.

CHAPITRE II

Les vaisseaux de l'utérus et de ses annexes au point de vue chirurgical.

Les deux grandes complications immédiates que le chirurgien doit éviter au cours de toute opération, et spécialement dans les opérations abdominales, sont d'une part l'hémorrhagie et d'autre part l'infection. Au point de vue de cette infection, nous montrerons, en nous occupant des soins pré et post-opératoires, comment l'éviter, et comment la combattre quand on n'a pas su ou pu la prévenir. Voyons tout de suite de quelle manière il est possible d'assurer la parfaite hémostase du champ opératoire, notion indispensable, avant de décrire les détails d'un procédé opératoire, quel qu'il soit, pour l'ablation de l'utérus et de ses annexes.

Il fut un temps où l'on connaissait mal, au point de vue chirurgical, les pédicules vasculaires de l'utérus; l'on considérait généralement le ligament large comme rempli de haut en bas par un lacis de veines et d'artères, et l'on avait bien soin de le prendre dans sa totalité avec de grands clamps énormes, ou de faire des ligatures en masse avec des soies de grosse dimension.

Le nombre des opérations aidant, grâce aussi à des notions anatomiques plus précises, on a reconnu qu'il existait dans les ligaments larges des portions avasculaires et des régions où passent des pédicules vasculaires allant d'une façon constante, suivant le même trajet, à l'utérus. Appliquant alors à l'utérus un grand principe de chirurgie générale depuis longtemps reconnu excellent pour les membres, la ligature isolée des vaisseaux fut tentée.

Quelle que soit la nature de la lésion, quelle que soit la nature de la tumeur, qu'il s'agisse d'un gros fibrome ou d'une annexite suppurée, l'utérus reçoit toujours ses vaisseaux, à droite et à gauche, par trois

pédicules vasculaires. Deux principaux sont logés dans l'épaisseur du ligament large, au faite duquel on trouve le pédicule utéro-ovarien, tandis que le pédicule utérin longe la base. L'artère funiculaire du ligament rond forme un troisième pédicule accessoire.

Dans le cas de tumeurs volumineuses et vasculaires de l'utérus ou de ses annexes, l'on trouve les ramifications de ces pédicules beaucoup plus volumineuses qu'à l'état normal, mais les troncs mêmes de l'artère utérine et de l'artère utéro-ovarienne ne sont que peu modifiés; leur trajet étant constant, alors même que leur volume est augmenté, il y a toujours un point où, par une seule ligature, on peut faire l'hémostase de chacune de ces artères.

La situation exacte de ces pédicules est très connue au point de vue anatomique. « L'artère utérine, nous dit Poirier, d'abord appliquée sur la paroi latérale du bassin, suit la base du ligament large, se recourbe en crosse au-dessus du cul-de sac latéral du vagin, remonte sur le bord latéral de l'utérus et pénètre dans l'aileron postérieur ou ovarien du ligament large, jusqu'à l'extrémité interne de l'ovaire. » L'artère utérine s'anastomose sous l'ovaire avec la terminaison de l'artère utéro-ovarienne qui, venue elle de l'aorte abdominale, passe dans l'épaisseur du faite du ligament infundibulo-pelvien, après avoir donné un rameau ovarien, et un rameau qui irrigue la partie externe de la trompe. Poirier propose de considérer à l'utérine plusieurs portions au point de vue de ses rapports : une portion pariétale, une portion intraligamenteuse, une portion sus-vaginale, une portion latéro-utérine et une dernière sous-ovarienne. Il est important de savoir que l'artère utérine ne donne ses premiers rameaux, les branches vaginales, qu'au niveau de sa portion sus-vaginale ou crosse. (Voir fig. 1.)

La question intéressante pour le chirurgien est de savoir si dans le cas de lésions des annexes il y a des modifications dans la situation des vaisseaux. Or, il n'y en a pas.

Alors même que le ligament large est épaissi, infiltré par les lésions inflammatoires, on trouve toujours dans son épaisseur, sous le ligament infundibulo-pelvien, au niveau de la partie externe de son bord supérieur et à la même place, le pédicule utéro-ovarien. Et l'on peut dire la même chose sur la situation constante de l'artère utérine.

Évidemment, dans certains cas de fibromes, il y a une sorte de torsion de l'utérus sur son axe vertical, l'utérine droite devient légèrement antérieure et l'utérine gauche postérieure, mais l'une et l'autre sont faciles à lier sur le bord correspondant de l'utérus qui est le meilleur point de repère pour les chercher.

En somme, au moyen de trois ligatures isolées sur le pédicule utéro-ovarien, sur le pédicule funiculaire, sur le pédicule utérin,

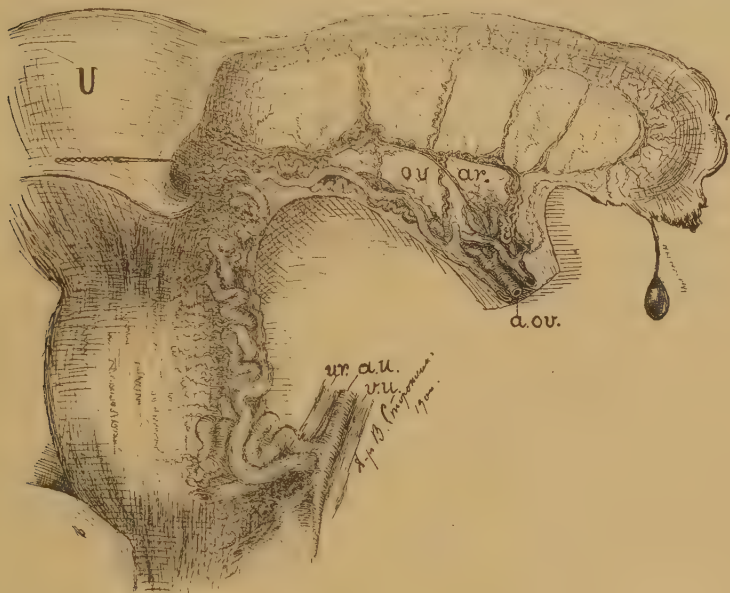


FIG. 1. — Les vaisseaux de l'utérus, d'après GOUBAROFF.

placées de chaque côté, ce qui fait en tout six ligatures, on arrive d'une façon certaine à empêcher tout afflux sanguin vers l'utérus et ses annexes. Au point de vue de l'hémostase préventive, l'utérus est donc admirablement situé et l'on peut considérer aux ligaments larges, qui sont sur ses flancs, trois portions : une moyenne, espace avasculaire, une supérieure et une inférieure. Leur compression permettra sa section sans que s'écoule une goutte de sang.

Étant donnée cette situation anatomique des trois pédicules vasculaires de l'utérus, le chirurgien aura résolu la question de l'hémostase

simple et sûre en plaçant son fil sur un point où l'artère est encore à l'état de tronc et n'a point encore donné ses branches terminales. Il sera très facile d'assurer l'hémostase de l'artère funiculaire. Quelques explications sont nécessaires en ce qui concerne celle de l'artère utérine et de l'artère utéro-ovarienne.

Quand on tire sur l'ovaire de façon à le soulever, on tend le ligament infundibulo-pelvien contenant dans son intérieur l'artère utéro-ovarienne qui se divise en ses trois rameaux ovarien, salpingien et utérin seulement en un point sous-jacent à l'extrémité externe de l'ovaire. C'est donc entre l'extrémité de l'ovaire et la paroi que se trouve le lieu d'élection pour lier l'artère et encore le plus près possible de la paroi. Pour l'artère utérine, il convient de distinguer deux cas, suivant que l'on désire faire une hystérectomie totale ou une hystérectomie supra-vaginale.

Dans le cas d'hystérectomie supra-vaginale, la ligature est très simple, et l'on porte le fil sur l'artère quand elle longe le flanc de l'utérus, alors qu'elle a décrit sa crosse, au niveau ou mieux un peu au-dessous de la section utérine.

Pour l'hystérectomie totale, il faut lier le tronc de l'artère avant l'émergence des branches vaginales, c'est-à-dire jeter le fil sur la crosse utérine, mais le plus loin possible du bord utérin.

En somme, ce que nous voudrions montrer par ce court exposé anatomique, c'est que l'on peut procéder pour l'hémostase de l'utérus comme on le fait depuis longtemps pour l'hémostase d'un membre ; le chirurgien sait le nombre et l'emplacement des vaisseaux qu'il doit chercher et lier ; à l'heure actuelle, il doit en être de même en chirurgie pelvienne.

Pendant bien longtemps le seul objectif du chirurgien qui pratiquait une hystérectomie abdominale était la guérison opératoire ; il se montrait peu difficile sûr le choix du procédé employé, plaçant un grand nombre de ligatures quand il coupait plusieurs fois les mêmes vaisseaux, ou parfois n'ayant que peu d'hémostase à faire. Aujourd'hui que la guérison est la règle, le chirurgien digne de ce nom ne doit pas chercher seulement le succès opératoire ; il doit y parvenir par une technique perfectionnée et n'opérer que *méthodiquement*. Nous devons aujourd'hui pratiquer une hystérectomie comme on fait une amputation de cuisse. Dans certains cas, tels que ceux de salpingites

suppurées adhérentes par exemple, il y a évidemment un temps qui est plus ou moins pénible : c'est la décortication de la poche suppurée ; mais, une fois que l'on aura libéré l'utérus et les annexes, l'opération sera des plus simples, au point de vue hémostatique, si l'on connaît l'existence des trois pédicules dont nous avons parlé.

Une pince, ou un fil sur chacun d'eux, permettra d'enlever l'utérus et ses annexes sans une goutte de sang ; et la ligature isolée, c'est-à-dire immédiate, placée sur les artères elles-mêmes avec de petits fils s'imposera, car un fil petit aura moins de chance de tomber ou de s'infecter, l'on aura une sécurité doublement grande, sécurité immédiate, sécurité pour l'avenir.

CHAPITRE III

Indications de l'hystérectomie abdominale.

Comparaison de l'oophoro-salpingectomie abdominale et de l'hystérectomie vaginale avec la castration utéro-annexielle abdominale. Avantages et indications de la voie abdominale.

C'est un fait bien acquis aujourd'hui, que pratiquer l'ablation bilatérale des annexes et laisser l'utérus est non seulement inutile, mais encore souvent nuisible.

L'hystérectomie vaginale avait trouvé dans cette notion un argument de grande force pour acquérir la place qu'elle occupe dans la thérapeutique des lésions inflammatoires des annexes.

La question des résultats éloignés de la simple castration bilatérale par laparotomie fut bien étudiée en Allemagne par Chrobak qui, revoyant ses anciennes opérées, ne constatait de guérison complète que pour une moitié seulement. Schauta, Landau, Bardenhauer au Congrès de Breslau de 1894 ; Schauta, de nouveau au Congrès de Vienne de 1895, apportèrent les résultats éloignés de leurs statistiques ; ils n'obtenaient une parfaite guérison que dans 50 à 60 p. 100. Les chirurgiens français faisaient d'ailleurs la même constatation, à part le professeur Terrier et son élève Hartmann qui déclaraient n'avoir qu'à se louer de la laparotomie en examinant 59 cas consécutifs de leur pratique pour les lésions des annexes. Pauchet, en 1896, disait dans sa thèse ne trouver que 65,5 p. 100 de guérisons définitives. Charvin arrivait à 87 p. 100, en suivant 135 malades laparotomisées par Pierre Delbet ne constatait sur le nombre des malades retrouvées que 45 guérisons absolument parfaites pour 31 seulement suffisantes.

Hartmann (de Paris) avait opéré 104 malades avant décembre

1896, et sur ce nombre, Audio, dans sa thèse, consigne qu'il en a revu 47 sur lesquelles 26, soit 55 p. 100, sont complètement guéries. Baudron enfin, faisant une réunion des cas opérés par des laparotomistes des plus expérimentés, arrive à ne trouver que 68 p. 100 de résultats satisfaisants.

A quoi attribuer cette insuffisance des résultats définitifs ?

Quand on examine attentivement les causes que l'on en donne dans les diverses statistiques, on voit que presque toujours, pour ne pas dire toujours, les troubles dont se plaignent les malades non guéries peuvent être rapportés à l'utérus laissé en place. La preuve en est donnée par le fait que ces troubles disparaissent dans les cas où ils étaient si accentués que l'on dut recourir à l'hystérectomie secondaire.

L'utérus est-il sain quand on enlève les annexes ? on a toute chance pour qu'il ne donne, par la suite, naissance à aucun malaise. D'après Sassier, l'oophoro-salpingectomie entraîne, après une castration récente, des lésions atrophiques du côté de l'organe utérin débutant par la disparition des éléments musculaires et qui se poursuivent du fait d'une prolifération conjonctive organisée en tissu adulte. Ce tissu subit lui-même une réaction cicatricielle, et il semble, à la coupe de l'organe, que cette modification soit sous la dépendance d'une endopériartérite, qui représente le processus initial de ce que Sassier croit pouvoir appeler une véritable « cirrhose utérine ». Au point de vue pathogénique, cette cirrhose serait placée sous la dépendance de la ligature des vaisseaux de la corne utérine. L'atrophie de l'utérus semble, d'autre part, être en rapport avec la suppression des ovaires. Quoi qu'il en soit, Sassier a constaté du côté de la muqueuse des lésions insuffisamment déterminées.

Or, souvent ces lésions sont très nettes, l'utérus est malade, atteint de métrite ou d'endométrite, parfois fibromateux. On verra alors subsister, après l'ablation des annexes, les leucorrhées, les métrorrhagies, les douleurs, les endométrites purulentes dans cet utérus d'où la plupart du temps étaient partis les agents infectieux qui causèrent les lésions des annexes. Un curetage secondaire peut ne pas guérir complètement l'utérus, ou ne le guérir que pour un temps, car il reste toujours exposé lui-même à une réinfection. Dans certains cas, cet organe est douloureux du fait d'une ancienne rétroflexion adhérente, ou bien parce que, privé du soutien que lui fournissent les parties

supérieures des ligaments larges et les trompes, il se place en rétroversion après la castration bilatérale.

Dans certains cas, l'hystéropexie est impuissante à supprimer la douleur et récemment, M. Walther a vu persister des douleurs chez deux femmes dont il avait fixé l'utérus à la paroi abdominale, pour corriger une rétroflexion de l'organe. L'on trouve encore la cause de ces douleurs du côté de l'utérus privé de ses annexes, dans les adhérences qu'il contracte avec les organes voisins quand, en décortiquant les annexes adhérentes à ses flancs et à sa face postérieure, on laisse des surfaces cruentées dépourvues de péritoine. On a vu enfin des malades souffrir de dilatations kystiques développées aux dépens des portions de trompes restées au niveau des cornes utérines, ou d'exsudats formés autour du pédicule des trompes, ainsi que le prouvent d'intéressantes observations de Bardenhauer et d'Henri Hartmann.

S'appuyant sur ce fait que l'utérus est une cause de troubles secondaires quand on le laisse, et qu'il faut une nouvelle intervention pour l'enlever, on conseilla de faire l'hystérectomie en même temps que l'oophoro-salpingectomie, et c'est ce que l'on fit avec des résultats en effet bien plus satisfaisants, en utilisant la voie vaginale. Dans sa thèse si documentée, Baudron, en 1894, montre que sur une série de 200 hystérectomies vaginales pour lésions bilatérales des annexes, son maître, Segond, obtint 92 p. 100 de guérisons parfaites. Pauchet, étudiant dans sa thèse les résultats obtenus par Richelot, trouve 94 p. 100 de résultats excellents, et Audio, dans sa thèse, faisant les mêmes constatations chez les opérées de son maître Hartmann, arrive au chiffre de 86,36 p. 100 de succès durables.

Est-ce à dire que l'opération de Péan est sans inconvénient et qu'on n'a rien à lui reprocher ? Il n'en est rien, et si elle donnait d'un peu meilleurs résultats que la castration bilatérale par laparotomie, on doit lui reconnaître des défauts que les laparotomistes convaincus n'ont jamais manqué de mettre en avant, dans les fréquentes discussions qu'ils soutiennent avec les partisans de l'hystérectomie vaginale. Nous allons indiquer ces points faibles et, sans parti pris, essayer de montrer que l'opération par les voies naturelles ne saurait être acceptée comme si parfaite qu'ont bien voulu le dire ceux qui l'ont vantée.

Sans nous appesantir sur la difficulté qu'il y a à obtenir du côté du

vagin une propreté absolue, il faut bien avouer que l'asepsie du vagin est tout au moins douteuse, et que si elle est suffisante dans les cas où l'on enlève l'utérus et les annexes en respectant le dôme d'adhérences que l'inflammation crée au-dessus des organes du petit bassin, l'infection pourra être redoutée dans les cas fréquents où l'intégrité de cette cloison n'est pas respectée. Au cours des manœuvres faites pour attirer les annexes, pour ouvrir les poches péri-annexielles purulentes, il peut arriver que les adhérences qui séparent le petit bassin de la grande cavité abdominale se rompent ; il est alors difficile de tenir la masse intestinale éloignée de la région septique, et l'infection de la grande cavité peut en être la conséquence.

Dans certains cas exceptionnels, dit-on, mais cependant à retenir, l'utérus, friable, n'offre pas de prise aux pinces et ne peut être extirpé. On est gêné pour manœuvrer par cette voie souvent si étroite que Landau a dû recourir parfois à des débridements latéraux qui ne séduisent guère, car c'est créer une plaie facile à s'infecter quand s'écoulera le contenu des poches purulentes. De plus, l'on se demande si leur cicatrisation s'est toujours faite sans douleur, quand on a vu les sensations déjà si pénibles que causent aux malades les pinces laissées à demeure dans le vagin.

Mais aussi large que puisse être le vagin, on pourra toujours lui faire le très gros reproche d'être une voie aveugle. Alors même que l'on n'a pas encore placé de pinces, il est bien difficile de voir au fond du conduit, dans le champ où l'opérateur travaille. Forcément il faut s'en rapporter beaucoup aux sensations que donne le toucher, qui pratiqué aussi finement que possible ne saurait jamais fournir les mêmes renseignements que la vue.

Comment, sans y voir, obtenir une hémostase d'une absolue sécurité ? Comment être sûr de ne pas pincer une anse d'intestin ? de ne pas léser le rectum ou la vessie ? de ne pas prendre l'uretère au voisinage de l'utérine quand on la pince ?

Il est arrivé à des chirurgiens qui possèdent le mieux la technique de l'opération, comme Landau, Bardenhauer, Quénu, de ne pouvoir pas se rendre maîtres de l'hémorrhagie, et de recourir, ainsi que dut le faire également Hartmann, dans deux cas, à la laparotomie pour trouver le vaisseau qui donnait et le lier. Et nous ne parlons que de l'hémorrhagie qui a lieu au cours de l'opération, du

fait d'une pince qui dérape, ou d'un vaisseau qu'on ne peut arriver à trouver dans la profondeur, sans insister sur l'hémorrhagie consécutive à l'ablation des pinces ou à la chute d'une eschare, qui nécessite également la laparotomie pour la maîtriser dans certains cas.

Une des principales causes qui empêchent de retirer de la simple oophoro-salpingectomie abdominale tous les bons résultats qu'elle devrait donner consiste dans les faits que nous avons déjà cités, où des débris d'organes voisins de l'utérus deviennent, comme l'est souvent l'utérus lui-même, une source de troubles. Or, s'il est vrai que l'hystérectomie vaginale supprime toujours l'utérus, on peut, avec non moins de vérité, lui objecter qu'en la pratiquant on est exposé à laisser forcément dans le petit bassin les annexes ou des parties des annexes malades, ou des tissus enflammés qui les environnent. Alors l'hystérectomie vaginale n'est, pas plus que l'oophoro-salpingectomie abdominale, une opération complète.

Travaillant dans un espace limité, avec un éclairage insuffisant, le chirurgien est obligé de se guider surtout d'après le toucher. Il arrive que dans les cas de salpingites haut situées, alors que la trompe suppurée est attirée et une pince fixée sur elle, on la résèque, mais en en laissant une partie ou sans atteindre une poche dont la présence n'est pas, ou ne peut pas être constatée en arrière et plus haut que la trompe : Cette poche pourra se développer ultérieurement.

Dans les cas graves, où il existe de ces poches multiples qui englobent l'utérus, il est de règle de les ouvrir toutes, après s'être donné du jour par l'ablation de l'utérus ; mais il peut se faire qu'une toute petite passe inaperçue et ne soit pas sentie dans cette masse de tissu épais où se promène la main. Au milieu même des adhérences qui forment ce dôme que l'on doit se faire une loi de respecter, cloison précieuse qui sépare la grande cavité péritonéale du petit bassin, il existe parfois de petits abcès qui restent intacts, des fragments de poches peuvent rester adhérents. Nous avons vu les débris annexiels capables de donner lieu à des productions kystiques après la laparotomie ; or dans sa thèse, Claret montre que les annexes incomplètement enlevées au cours de l'hystérectomie vaginale peuvent devenir le point de départ de tumeurs inflammatoires dues à leur persistance, et que de même des tumeurs kystiques peuvent se

développer dans l'épaisseur des ligaments larges restants, aux dépens des vestiges du corps de Wolf.

Une fois les poches ouvertes, sans même chercher à tout enlever, le drainage se fait et au bout d'un certain temps sous son influence toutes les parties enflammées se détergent et s'assouplissent, disent les défenseurs de l'hystérectomie vaginale, de façon telle que quelque temps après on trouve le petit bassin complètement débarrassé et les tissus souples quand on pratique le toucher vaginal. Mais dans nombre de cas l'on n'obtient pas ces excellents résultats et les malades conservent au fond du vagin, souvent très raccourci, des indurations douloureuses et même un orifice fistuleux donnant issue à du pus ; la pression exercée au cours du toucher sur le fond du vagin est longtemps douloureuse, rendant parfois impossibles les rapports sexuels.

Si nous ajoutons à ces critiques les blessures faites au cours de manœuvres aveugles à l'intestin grêle, au rectum, à la vessie que l'on peut léser en ouvrant le cul-de-sac antérieur dès le début, ou en la pinçant pendant l'opération, nous en aurons fini avec l'exposé des trop nombreux griefs faits par les partisans irréductibles de la laparotomie avec une certaine justesse à l'hystérectomie vaginale dont les admirateurs ont souvent fait un éloge exagéré.

L'une et l'autre voies ont leurs désavantages. Si entre les mains de chirurgiens qui les pratiquent exclusivement ou avec une prédilection marquée, l'une et l'autre atteignant un haut degré de perfection ont donné de merveilleux résultats, il faut bien reconnaître qu'elles ont donné à la généralité des chirurgiens l'une et l'autre des succès, des ennuis, des résultats éloignés plus ou moins bons.

De part et d'autre on exaltait leurs avantages, on cherchait à écarter les causes d'insuccès, qui ne furent pas toujours signalées. Les deux opérations rivales, étant donné que mieux vaut juger une opération sur ses résultats éloignés que sur ceux que l'on observe immédiatement, présentent en somme le même gros inconvénient pour l'avenir : elles ne sont pas radicales dans l'ablation des organes malades et laissent après elles des organes ou des débris d'organes, qui sont le point de départ de troubles sérieux. Il était logique de chercher une opération qui mît la malade à l'abri de tels ennuis et pût donner une guérison définitive.

Or, dans certains cas d'hystérectomie vaginale difficiles et impos-

sibles à terminer par le vagin on avait achevé l'opération par la laparotomie, faisant ainsi une hystérectomie abdomino-vaginale de nécessité.

Ayant fait cette opération de parti pris dans quelques cas très compliqués, certains chirurgiens cherchèrent à en généraliser l'emploi. Chaput, lui, recommanda surtout l'emploi de l'hystérectomie vagino-abdominale à laquelle il reconnaissait l'avantage de supprimer l'utérus et les annexes en profitant de tous les avantages de la laparotomie. En 1894, en publiant son procédé que l'on trouvera dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, il le préconisait surtout pour les salpingites purulentes haut situées, ayant obtenu 6 guérisons sur 7 opérations.

Il semble que cette opération n'ait pas été très approuvée, laparotomistes et partisans de l'hystérectomie vaginale préférant leur manière de faire.

C'est à cette époque que Delagenière fit connaître la pratique des chirurgiens américains qui, depuis quelques années déjà, frappés des inconvénients de l'oophoro-salpingectomie sans ablation de l'utérus, et n'ayant jamais eu d'autre part grand goût pour la voie vaginale, avaient eu l'idée d'appliquer au traitement des infections inflammatoires des annexes la castration utéro-annexielle totale abdominale. Ils arrivaient ainsi à enlever les trompes et les ovaires malades, à ouvrir les poches péri-annexielles purulentes, à supprimer l'utérus, et à drainer le petit bassin par le vagin ou la voie sus-pubienne.

Depuis qu'elle est connue en Europe, cette opération a été plus ou moins pratiquée. Elle semble devoir être féconde en résultats excellents et sûrs, d'après la pratique de notre maître le professeur Terrier. Nous allons, en l'étudiant, tâcher de montrer ses avantages sur la laparotomie et l'hystérectomie, et ce sera presque poser ses indications avant d'examiner les reproches qu'on peut lui faire.

Pour pratiquer cette opération il faut mettre la malade en position déclive : la masse des anses grêles tombe sur le diaphragme et si on les a soigneusement recouvertes de compresses, on ne les verra plus jusqu'à la fin de l'opération. On aura, par contre, le petit bassin sous les yeux avec les seuls organes génitaux entre le rectum en arrière et la vessie en avant.

Le chirurgien bénéficie immédiatement de l'un des plus grands avantages de la laparotomie : il peut juger de l'état exact des lésions annexielles, vérifier le diagnostic qui a été porté et s'assurer de la bilatéralité de l'affection.

Ce n'est pas que le diagnostic préopératoire soit impossible, ou d'une difficulté insurmontable; il faut même reconnaître que, la plupart du temps, on arrive aujourd'hui à une très grande précision dans le diagnostic; mais il est des cas où l'examen le plus minutieux ne peut permettre d'être complètement affirmatif, surtout au sujet de la bilatéralité des lésions, et nous n'en voulons pour preuve que ces cas, fréquents encore, où les annexes malades d'un côté sont tombées dans le cul-de-sac postérieur, les annexes saines étant restées très haut. D'autres fois, on trouve des annexes très volumineuses d'un seul côté où l'on peut affirmer la lésion, et les annexes du côté opposé paraissent saines, mais il existe un léger empâtement du cul-de-sac ne permettant pas une appréciation exacte du volume de la trompe, que l'on peut même ne pas sentir. Après l'incision de l'abdomen, et quand on aura le petit bassin bien exposé sous les yeux il sera véritablement facile de vérifier le diagnostic ou de le rectifier. On s'aperçoit alors qu'une trompe de volume normal peut être atteinte de salpingite catarrhale; on trouve son pavillon oblitéré; on voit si une pareille trompe est encore perméable et doit être laissée ou enlevée, alors que par le simple toucher on l'aurait supposée saine. D'autre part, toutes les salpingites suppurées ne sont pas volumineuses : qui n'a vu au cours d'une laparotomie sourdre du pus d'une trompe de volume et d'aspect normaux, telle que l'on ne se serait pas cru autorisé par le toucher à l'enlever ? Par contre, on reconnaît souvent qu'il n'y a qu'une lésion unilatérale, et que l'une des deux trompes que l'on se préparait à supprimer est simplement un peu enflammée, ou qu'après l'avoir dégagée d'adhérences qui la rendaient douloureuse elle se trouve apte à un excellent fonctionnement.

L'examen à la vue des organes du petit bassin est encore précieux dans ces cas que l'on a appelés les « surprises du ventre », où un toucher extrêmement délicat, souvent répété, ne permet pas un diagnostic ferme. Nous en citerons l'exemple suivant : nous avons conduit il y a deux ans au docteur Walther une jeune femme de 24 ans, chez laquelle on avait diagnostiqué du côté droit un kyste de

l'ovaire gros comme une orange avec une grosse salpingite et une salpingite gauche. Le diagnostic posé par le médecin de la malade fut reconnu exact. La malade mise au repos prit de grandes injections chaudes pour tâcher de faire rétrocéder un peu les lésions des trompes avant de l'opérer et tenter par tous les moyens de garder à cette jeune femme la possibilité d'avoir des enfants. Loin de s'arrêter, la marche des lésions augmentait, surtout du côté gauche où l'on trouvait le cul-de-sac latéral rempli par une tuméfaction douloureuse donnant absolument la sensation d'une salpingite ; on fit la laparotomie et l'on trouva en effet à droite un kyste de l'ovaire et une salpingite ; mais, à gauche, la trompe et l'ovaire haut situés étaient sains et la tumeur, qui faisait bomber le cul-de-sac et qui n'avait cessé de s'accroître malgré le traitement, était un kyste du ligament large, que l'on put enlever en laissant les annexes gauches absolument saines à la malade qui depuis se porte admirablement. Quand on opère par la voie vaginale on peut évidemment, dans les cas douteux, procéder à l'examen des annexes après l'incision exploratrice du cul-de-sac postérieur. Mais cet examen où l'œil n'a nulle part peut être insuffisant, et combien d'hystérectomies vaginales n'en sont-elles pas précédées ? D'ailleurs à l'heure actuelle les chirurgiens, qui eurent toujours les préférences les plus marquées pour la voie vaginale, la délaissent dans les cas où il y a doute sur la bilatéralité des lésions. M. Richelot nous a dit toujours faire la laparotomie quand il hésite.

La laparotomie permet, en outre, de pratiquer des opérations modificatrices des états inflammatoires, telles que la libération des franges d'un pavillon oblitéré, le cathétérisme de la trompe, ou des opérations conservatrices grâce auxquelles on peut en ne pratiquant qu'une castration unilatérale conserver aux femmes la possibilité de grossesses futures.

Chez les femmes jeunes, et surtout chez celles qui n'ont pas encore d'enfant, c'est là une considération de haute valeur, et presque tous les chirurgiens pourraient à l'heure actuelle retrouver dans leurs opérées des femmes ayant subi une castration unilatérale et devenues mères dans la suite. Nous avons, pour notre part, récemment accouché dans le service du professeur Pinard, à Baudelocque, une femme à laquelle le professeur Terrier avait fait, en 1898, une castration unilatérale droite, et qui a mis au monde un superbe enfant sans avoir

souffert durant sa grossesse ou durant le travail et qui, revue quinze jours après sa grossesse, avait une cicatrice aussi solide qu'avant son accouchement.

De plus, alors même que l'on est réduit par l'état des trompes à les enlever l'une et l'autre avec l'utérus, on peut laisser à la femme un ovaire afin d'éviter les troubles d'une ménopause précoce.

Lawson Tait, lui, enlève la totalité des annexes des deux côtés alors que les lésions sont strictement unilatérales, son expérience lui ayant montré que dans les cas suppurés presque toujours il y a du côté épargné une récurrence nécessitant par la suite une seconde intervention. Son exemple est-il à suivre ? Nous ne le pensons pas et nous croyons que mieux vaut, suivant la pratique de notre maître M. le professeur Terrier, de son élève Hartmann, de Forgue, de Tedenat, de Pozzi, de Walther, n'enlever que les annexes en souffrance, quitte à pratiquer une seconde intervention qui n'est pas fatalement nécessaire, et en laissant aux femmes la possibilité d'avoir des enfants. Ce n'est que dans les cas où l'on opérerait des femmes ayant atteint la ménopause, ou bien ayant déjà eu de nombreux enfants, qu'on pourrait agir à la manière du chirurgien anglais.

Poursuivons l'étude des avantages qu'offre la voie abdominale. Nous verrons que la façon dont on garnit le champ opératoire, avec des compresses méthodiquement disposées quand on opère à ciel ouvert, permet d'éviter sûrement l'infection de la grande cavité ; le pus qui pourrait s'écouler dans les cas de rupture d'une poche ne souillerait que les compresses.

Les mains ont tout l'espace désirable pour procéder à la libération des annexes enflammées et détacher leurs adhérences aux organes voisins, soit avec les doigts, soit avec un instrument moussé.

En voyant les adhérences souvent épaisses et denses, nombreuses et étendues que les annexes ont contractées avec les anses grêles, on s'explique qu'il soit impossible d'éviter de blesser celles-ci au cours d'une hystérectomie vaginale, alors que cette lésion se produit quand on décortique avec précaution ces adhérences au cours de la laparotomie.

Il est vrai qu'alors cette déchirure est presque sans importance ; on n'a qu'à en pratiquer une suture immédiate ; on replace l'anse dans la cavité abdominale sous une compresse : elle peut être abandonnée sans crainte et l'opération n'a été prolongée que de quelques minutes.

Depuis que nous connaissons mieux l'appendicite nous savons qu'il y a fréquemment coexistence entre cette affection et l'inflammation des annexes, auxquelles on trouve souvent l'appendice intimement adhérent.

Dans ces cas, où les annexes peuvent même englober des appendices à situation franchement pelvienne bas situés, modalités bien connues depuis la thèse de Barnsby (de Paris), il est simple de réséquer l'appendice quand on pratique la libération des annexes droites. Cette appendicectomie n'augmente pas sensiblement la durée de l'opération utéro-annexielle.

Il est évident qu'on n'eût pu la pratiquer par la voie vaginale, et l'on est en droit de supposer qu'au niveau de l'appendice se produira une fistule s'il est incomplètement sectionné sans qu'on s'en doute au cours d'une opération par la voie basse; en tout cas ce sera là une source d'accidents ultérieurs qui nécessiteront tôt au tard une laparotomie.

Il n'est pas rare qu'en dégageant les adhérences on fasse à l'intestin non pas une déchirure complète, mais une éraillure de sa tunique séreuse. Non réparé ce point faible pourrait être la cause d'une adhérence et peut-être d'obstruction intestinale, ou bien se produirait en ce point une fistule stercorale. Ce petit délabrement, qui passerait inaperçu au cours d'une hystérectomie vaginale, est facilement réparé avant d'aller plus loin quand on opère par la voie abdominale.

De même les lésions du rectum, de la vessie seront sûrement réparées; et nous ne parlons même pas de la blessure de l'uretère que nous n'avons jamais vue citée; elle est presque impossible, car dans tout procédé d'hystérectomie abdominale pour annexites on se tient toujours loin de l'uretère qui n'est jamais déplacé par les tumeurs annexielles comme il peut l'être par les fibromes ou les tumeurs intraligamentaires.

La crainte de ces hémorrhagies, qui dans l'hystérectomie vaginale ont nécessité la laparotomie pour en obtenir l'arrêt, ne hantera pas l'esprit du chirurgien dans la castration utéro-annexielle abdominale.

Trois pinces placées de chaque côté sur les trois pédicules vasculaires, les seuls par où le sang arrive à l'utérus et à ses annexes, suffiront à assurer l'hémostase pendant toute l'opération. Trois ligatures à la soie ou au catgut, suivant la préférence de chaque opérateur

rendront cette hémostase définitive et sûre. Que l'on se rappelle qu'il faut les faire avec un fil de moyenne grosseur pour avoir un nœud bien serré, et que, pour l'empêcher de glisser il faut le passer avec l'aiguille de Reverdin dans les tissus qui entourent le vaisseau.

Non seulement le chirurgien n'a plus à craindre ces hémorrhagies ; mais il n'a plus à redouter celles qui se font lentes et continues, pouvant entraîner la mort, impossibles à arrêter à l'aide de pinces au niveau des surfaces saignantes où l'on a détaché des fausses membranes et rompu des adhérences.

Ces surfaces cruentées, de même que celle que présente l'utérus surtout à sa face postérieure quand la décortication des annexes laisse une surface dépourvue de péritoine, pourront contracter dans la suite des adhérences avec les anses intestinales qui viennent reposer sur elles et s'y accoler après la laparotomie comme après l'hystérectomie vaginale ; elles peuvent en ces points subir une coudure qui amène une obstruction intestinale. Il y a là une indication formelle à enlever cet utérus suintant et lésé et, quand ce sera un fait accompli, le chirurgien peut recouvrir de péritoine ces surfaces cruentées pelviennes avec les lambeaux ménagés en avant et en arrière de l'utérus à cet effet au début de l'opération. Dans les cas où le processus inflammatoire n'a pu permettre cette dissection préalable de lames péritonéales, il est encore possible de faire un revêtement péritonéal à ces surfaces que l'hystérectomie vaginale laisserait telles quelles ; on n'a pour cela qu'à amener à leur contact des organes voisins recouverts de péritoine, l'S iliaque, ses franges épiploïques que l'on réunit aux parcelles de péritoine restant suivant les indications données en Allemagne par Bardenhauer et Amann (de Munich), et l'enseignement de Terrier et Quénu en France.

Avec cette péritonisation, aussi soignée que possible, on supprime non seulement les obstructions intestinales, mais encore le suintement des surfaces cruentées, les résorptions et les infections qui sont faciles à leur niveau.

Un des arguments sur lesquels on s'est appuyé le plus souvent pour vanter l'hystérectomie vaginale, et qui est d'une incontestable valeur, est le suivant : l'hystérectomie fait place au point déclive pour le drainage de la cavité pelvienne. Ce drainage est utile ; il est superflu de recommander de drainer ces cas : tous les chirurgiens

sont d'accord pour reconnaître sa nécessité, surtout dans les cas d'annexites suppurées. Mais il est tout aussi possible dans la castration abdominale que dans la castration vaginale. Dans les cas très suppurés; dans ceux où les poches annexielles étaient multiples, où l'on a ouvert ce que l'on a appelé les « abcès pelviens », où la trompe suppurée s'est rompue au cours de la castration abdominale, on n'a qu'à ne pas suturer le vagin, à placer dans le fond du petit bassin des mèches de gaze ressortant par le vagin suivant la pratique de *Bard en ha uer*: le drainage est aussi efficacement assuré que dans l'hystérectomie vaginale. Dans les cas très suppurés, il est bon de faire l'hystérectomie abdominale totale, qui permet de drainer par le vagin non suturé; mais alors qu'on préférerait s'en tenir à l'hystérectomie supra-vaginale, on peut ouvrir le cul-de-sac-postérieur en arrière du moignon cervical et drainer par cette ouverture. Cependant dans bien des cas le drainage abdominal est amplement suffisant, comme le montre la pratique de notre maître, le professeur *Terrier*, et comme on pourra s'en rendre compte en lisant plus loin ce que nous disons du drainage, au chapitre des soins post-opératoires.

Quoique l'hystérectomie abdominale présente certains des avantages de l'hystérectomie vaginale et même des avantages supérieurs selon nous, elle n'a pas échappé à certaines critiques que nous allons discuter, et qu'avaient déjà presque toutes faites les laparotomistes dans les discussions sur l'oophoro-salpingectomie mise en parallèle avec l'hystérectomie vaginale.

On a tout d'abord trouvé regrettable la cicatrice visible sur l'abdomen. Faut-il s'arrêter longuement à cette question d'esthétique? Elle n'en vaut guère la peine.

Au bout d'un certain temps, la cicatrice devient à peine visible; sur la peau, c'est une ligne d'une teinte un peu plus pâle que les téguments voisins; elle est rarement chéloïdienne; mais fût-elle encore plus apparente, qu'importe une cicatrice indolore et que l'on a d'ailleurs peu l'occasion de montrer, peu sensible au toucher et qui a permis une opération parfaitement curative?

D'ailleurs, si la cicatrice de l'hystérectomie vaginale est invisible, elle est plus fréquemment douloureuse, surtout au moment des rapports sexuels.

Quant à l'éventration, nous n'en avons jamais observé pour notre part ; elles doivent être bien rares quand on fait une bonne suture de la paroi à trois étages, et le port d'une ceinture durant les premiers mois qui suivent l'opération éviteront cet ennui.

Un argument d'un peu plus de valeur a été donné contre l'hystérectomie abdominale en disant que les malades sont bien plus affaiblies qu'après l'hystérectomie vaginale, moins déprimante et permettant une convalescence plus rapide pour les malades qui se remettent plus vite du choc opératoire et sans que besoin soit de leur faire des injections de sérum pour les remonter, car l'opération a été de peu de durée, l'anesthésie moins longue, sans ouverture abdominale.

S'il est incontestable que la castration utéro-annexielle pour toutes ces raisons laisse les malades dans un état de shock moins prononcé, on peut cependant dire que la castration utéro-annexielle abdominale, alors même que l'opération a été assez longue, permet aux malades de se remettre et d'arriver à la guérison presque aussi vite. Si on lit nos observations, on verra que les malades, auxquelles en effet nous faisons de parti pris des injections répétées de sérum dans les premiers jours, se remettent de l'état de shock presque aussi vite que les opérées par la voie vaginale, que presque toutes quittent le service en moyenne au bout de vingt-cinq à trente jours, beaucoup après vingt et un jours seulement et rarement après quarante. On reconnaîtra que toutes sont parties bien portantes et *parfaitement guéries*. Et voilà le gros avantage que donne la castration utéro-annexielle abdominale aux opérées. Si elle les a un peu plus déprimées au moment où elle fut pratiquée, ces malades s'en vont sans garder, comme on peut le craindre pour les opérées par la voie vaginale, des débris d'annexes qui causeront des troubles tels qu'une opération complémentaire sera nécessaire. C'est ce que l'on ne saurait trop répéter en faveur de la voie abdominale : elle permet une opération radicale, complète, dont les résultats éloignés sont supérieurs à ceux de l'hystérectomie vaginale, puisque les lésions inflammatoires ont été enlevées en totalité.

Enfin nous envisagerons la mortalité dans les deux opérations.

Réunissant les statistiques de Pozzi, de Terrier, de Schauta, Baudron trouve une mortalité de 3,6 p. 100 consécutive à l'oophoro-salpingectomie par laparotomie.

L'hystérectomie vaginale donne une mortalité variable entre 3 et 7 p. 100, d'après les statistiques des auteurs suivants :

Bliesner.....	3,5	p. 100.
Landau.....	5,59	—
Baudron (cas de Segond).	7	—

Nous avons cherché à réunir tous les cas d'hystérectomie abdominale pour annexites que nous avons pu trouver et dont nous donnerons plus loin le relevé détaillé, car nous croyons que c'est le plus complet que l'on puisse trouver.

En additionnant tous ces cas, on arrive à un total de 268 opérations avec 53 morts, soit 6,1 p. 100 de mortalité.

Du fait que ce chiffre est sensiblement à peu près aussi élevé que celui des deux autres procédés employés : oophoro-salpingectomie simple et hystérectomie vaginale, devons-nous conclure que la castration utéro-annexielle est une moins bonne opération ? Nous ne le pensons pas, pour les raisons suivantes :

D'abord, c'est une opération que l'on ne fait pas d'une façon aussi courante que les deux autres. Les chirurgiens qui la pratiquent exclusivement dans tous les cas sont rares. Dans beaucoup de cas où l'utérus paraît sain, nombre de chirurgiens, et je parle des plus chauds partisans de la castration utéro-annexielle abdominale, font encore l'oophoro-salpingectomie. D'autres opérateurs sont éclectiques, faisant suivant les cas l'une des trois opérations et, fait très important, beaucoup déclarent réserver l'hystérectomie abdominale aux cas difficiles et complexes.

Il s'ensuit donc que, tout naturellement, c'est surtout dans leurs statistiques de cette opération qu'ils compteront surtout leurs insuccès dans le traitement des annexites. L'hystérectomie abdominale, entre leurs mains, ne saurait prétendre aux beaux résultats qu'elle donne entre les mains des chirurgiens qui la pratiqueront exclusivement et toujours ; je n'en veux pour preuve que l'exemple de l'un de mes maîtres, M. Henri Hartmann qui, depuis 1897, ne fait plus que l'hystérectomie abdominale et n'a qu'une mort sur 67 cas, cette mort étant encore imputable à un aide et non au chirurgien.

Une autre considération mérite d'être signalée, c'est que dans cette statistique globale, aux nombreuses opérations souvent faites par des

chirurgiens, qui en possèdent bien la technique comme MM. Terrier, Jonnesco, Quénu, Richelot, Faure, Bardenhauer et qui ont les plus beaux résultats, j'ai dû ajouter, pour être complet, les cas des chirurgiens qui ont peu pratiqué l'hystérectomie abdominale et, de ce fait, sont exposés à avoir de moins nombreuses guérisons.

Mais, alors même que la mortalité est plus grande dans les castrations totales par la voie abdominale, sa supériorité sur les deux autres méthodes ne nous en semble nullement diminuée, car elle réside dans l'excellence des résultats éloignés qu'elle permet d'obtenir.

Sur ce chapitre des résultats éloignés, tous les chirurgiens qui les signalent en détail sont d'un avis unanime. Personne ne parle d'hémorragies au cours de l'opération ou post-opératoires ; pas d'éventrations signalées ; jamais on n'a noté une santé générale moins parfaite qu'après les autres opérations, c'est-à-dire pas plus de troubles précoces de la ménopause ou de troubles psychiques qu'à la suite d'oophoro-salpingectomie ou d'hystérectomie vaginale.

Surtout, aucun des chirurgiens que nous avons lus ne parle de mauvais état local, de douleurs abdominales dues à des reliquats inflammatoires.

Ces sont ces résultats éloignés parfaits qui, nous semble-t-il, permettent de conclure dès à présent en se basant sur les cas publiés, et personnellement, en nous appuyant sur ce que MM. Hartmann, Richelot, Jonnesco et J.-L. Faure ont bien voulu nous dire des suites éloignées de leurs opérations et sur ce que nous apprend la lecture des 75 observations de notre maître M. le professeur Terrier, dont nous avons été interroger toutes les malades que nous avons pu retrouver.

Pour nous la colpotomie ne doit être faite que dans les cas où une volumineuse collection bombe nettement dans le cul-de-sac postérieur et y est localisée, et qu'en vidant cette poche on rendra plus facile l'hystérectomie abdominale à une date ultérieure.

L'ablation de l'utérus avec les annexes malades doit être faite par la voie abdominale en acceptant les indications posées par Kelly, et qui sont les suivantes :

- 1° Lorsque des efforts préventifs pour la conservation ont échoué ;
- 2° Lorsque l'utérus est enveloppé de produits inflammatoires, caché

par des masses d'adhérences, ou sous la vessie et le rectum adhérents ensemble au-dessus du sommet de l'utérus ;

3° Lorsqu'en plus de l'affection qui siège à côté de lui l'utérus est atteint de métrite chronique, ou dans le cas de périmétrite ;

4° Lorsque l'affection incurable des trompes et des ovaires est compliquée par un utérus fibromateux ou cancéreux ;

5° En général, quand l'ablation des annexes et de l'utérus en masse est plus facile que l'ablation des parties latérales seules et, par conséquent, plus sûre.

Nous irons plus loin et nous pensons que l'utérus, alors même qu'il est sain, est un organe inutile quand il est privé des ovaires ; il faut donc toujours compléter l'ablation des annexes par celle de l'utérus ; ou, plutôt, disons que lorsque l'on reconnaît la nécessité d'une castration double il faut pratiquer l'hystérectomie qui permet d'enlever plus facilement les annexes : l'hystérectomie devient un temps préparatoire de la salpingectomie.

On devra toujours faire la castration utéro-ovarienne lorsque les lésions des annexes seront d'origine tuberculeuse. Nous ne voyons qu'un cas dans lequel il conviendra de faire l'oophoro-salpingectomie, c'est dans le cas où l'utérus étant sain, on peut laisser les deux ovaires ou un seul, car on évite alors à la malade les troubles possibles de la ménopause précoce opératoire.

Les indications que nous venons de donner de la castration utéro-annexielle totale montrent que nous ne sommes partisan en aucun cas de l'hystérectomie vaginale. Cependant si nous disons en aucun cas, ajoutons que le terme n'est strictement exact que lorsqu'il s'agit de salpingites anciennes ou refroidies. Toutefois dans les cas de salpingites suppurées en poussées aiguës, avec pelvipéritonite ; dans ces cas graves où tout le petit bassin est infiltré de pus, dans les cas où il y a ce que Bouilly appelle la cellulite pelvienne, où les culs-de-sac font saillie, si la colpotomie n'amène pas la défervescence et l'arrêt des phénomènes de suppuration, l'hystérectomie vaginale sera employée pour permettre l'évacuation du pus et le drainage du petit bassin, et encore si la malade est dans un état de faiblesse tel qu'elle ne puisse pas supporter le shock plus grand d'une intervention abdominale plus longue assurément.

On peut résumer dans les quelques propositions suivantes les

avantages de cette opération dont l'énoncé, ainsi que je l'ai déjà dit, constitue les indications :

1° On évite la méprise sur la bilatéralité des lésions.

2° On peut, dans certain cas, pratiquer des opérations conservatrices sur la trompe, tout au moins conserver tout ou partie d'un ovaire.

3° C'est une opération où l'on voit, bien réglée, facile, que l'hémotase préventive permet de faire sans la moindre hémorrhagie.

4° Tous les organes malades sont enlevés, on pratique un véritable évidemment du petit bassin, ce qui assure des résultats éloignés certains.

5° Dans les cas d'appendicite et d'annexite, on peut pratiquer immédiatement l'appendicectomie.

6° On évite la blessure des organes voisins et adhérents aux masses inflammatoires, et dans les cas où un de ces organes est intéressé, on voit la blessure que l'on répare immédiatement pour l'avenir.

7° La péritonisation évite les occlusions intestinales et le suintement sanguin et la résorption des produits septiques au niveau des surfaces orientées laissées autrefois à vif, surtout dans l'hystérectomie vaginale.

8° Par la protection soignée à l'aide de compresses, on isole le champ opératoire, l'opération se fait sans infection de la grande cavité abdominale et l'intervention est aussi bénigne que possible.

9° Le drainage est aussi facilement établi que dans l'hystérectomie vaginale et même d'une façon plus méthodique.

10° Si les poches purulentes sont *entrées* en communication avec la cavité d'un organe voisin (rectum, vessie), cette ouverture peut être réparée définitivement.

CHAPITRE IV

Procédé de Delagenière (du Mans).

Hystérectomie totale.

Quand Delagenière apporta son procédé au Congrès de chirurgie, il en indiqua les principaux temps opératoires. Nous donnons ici la description complète du procédé, tel que son auteur le décrit dans son travail sur « la castration abdominale totale » en 1895, dans les *Archives provinciales de chirurgie*.

La malade est préparée avec soin et l'on a pratiqué dans les deux jours qui précèdent l'opération une aseptie rigoureuse du vagin et du col de l'utérus. Après anesthésie, la femme est mise sur le plan incliné :

« INCISION. — L'ouverture abdominale n'offre rien de spécial. La plupart du temps, ce n'est qu'au cours de l'opération que l'on décidera l'ablation de l'utérus en même temps que celle des annexes. On fera donc une incision ordinaire de 7 à 8 centim. Par cette incision, on isolera les annexes et on les enlèvera. Si l'extirpation de l'utérus est jugée nécessaire, on prolongera l'incision en bas, vers le pubis, autant que cela sera possible.

« En effet, l'isolement de l'utérus et de la vessie est un point important de l'opération pour lequel il ne faut pas être gêné, et qui se trouvera singulièrement simplifié si l'incision est prolongée très bas. De même, la section vaginale et l'hémostase des parties profondes seront facilitées. Si l'on se trouve en présence d'adhérences très nombreuses, de l'intestin aux annexes, si les parties à enlever sont volumineuses, si les parois abdominales sont très épaisses, l'on devra prolonger aussi l'incision en haut de 1 ou 2 centim. en contournant l'ombilic du côté où se tient l'opérateur. Presque toujours il suffira de contourner

l'ombilic dans la moitié de sa circonférence, de sorte que l'incision, dans son ensemble, ressemblera à un 7 renversé ($\angle$), disposition qui donne beaucoup de jour et de place pour agir dans le bassin.

« **ISOLEMENT ET ABLATION DES ANNEXES.**— Cette partie de l'opération ne diffère en rien de l'isolement habituel des annexes. On devra agir avec méthode pour éviter toute perte de temps inutile, l'opération devant toujours être longue.

« S'il existe des adhérences à la paroi, on devra les rompre dans une étendue suffisante pour permettre l'accès du bassin en bas et le refoulement des masses intestinales en haut. On cherchera alors, comme point de repère, le fond de l'utérus; puis on procédera à l'isolement de l'épiploon et des anses intestinales. L'épiploon sera détaché de toutes ses adhérences; si des vaisseaux contenus dans son épaisseur sont déchirés, l'hémostase devra en être faite de suite, en prenant soin de réséquer les parties adhérentes. Ainsi libéré et ligaturé, l'épiploon est refoulé vers la cavité abdominale. Les anses d'intestin seront à leur tour détachées avec méthode, isolées complètement et examinées. On remédiera immédiatement à toutes les lésions qu'on constatera : blessures de la séreuse viscérale, blessures de vaisseaux, ouverture ancienne ou récente de l'intestin, puis les anses seront refoulées en bloc vers le ventre. On les protégera avec des compresses stérilisées qu'on disposera de façon à empêcher tout écoulement de liquide venant du bassin, dans les flancs et la cavité péritonéale. A cet effet, une compresse de lint sera étalée sur la ligne médiane, depuis le fond du cul-de-sac de Douglas jusqu'à l'angle supérieur de la plaie; deux autres compresses montées sur des pinces courbes sur champ sont placées ensuite, chiffonnées, à gauche et à droite dans les flancs. A partir de ce moment jusqu'à la fermeture de la paroi, il ne sera plus question des anses intestinales qu'on ne reverra plus.

« L'isolement et la pédiculisation des annexes se feront comme s'il s'agissait d'une extirpation simple. Bien souvent même ce ne sera que pendant cet isolement que l'on prendra la décision d'enlever l'utérus.

« Si la castration totale est décidée, il ne sera pas utile de pousser l'isolement et surtout la pédiculisation aussi loin; il suffira de pouvoir placer une pince en dehors et une en dedans des annexes à enlever, ainsi que le montre le côté droit de la figure 2.

« Le placement de ces pinces se fera de la façon suivante : on déterminera d'abord approximativement en avant et en arrière le point par où devra passer le tracé de la future collerette, et le point de repère indispensable pour ce tracé est le lieu où se fait la réflexion du péritoine qui passe de la face antérieure de l'utérus sur la vessie. Cette réflexion se reconnaît à une ligne d'aspect blanc nacré qu'on

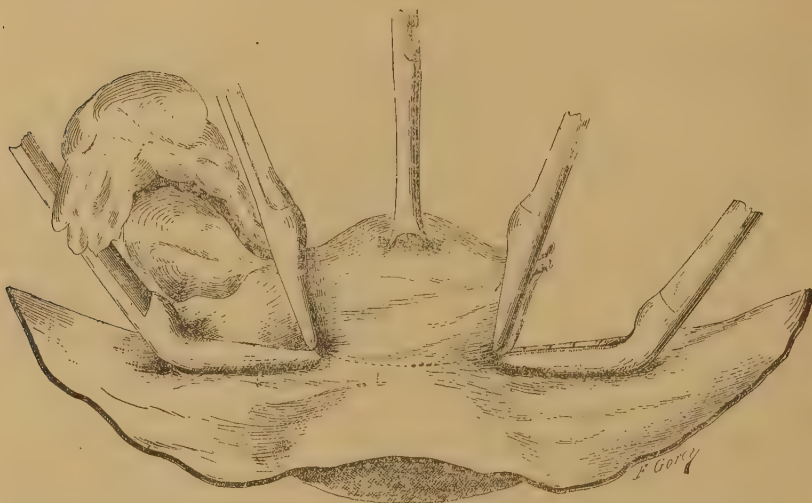


FIG. 2. — *A droite*, les annexes sont isolées ; une pince coudée placée à cheval sur le ligament large ; le bec arrive au ras de l'utérus, sous le bec d'une pince hémostatique placée de champ sur la corne utérine et longeant le bord utérin. *A gauche*, les annexes sont enlevées.

pourra presque toujours trouver facilement. C'est au-dessus de cette ligne, environ à 2 centim., que partira le tracé de la collerette, et c'est jusqu'à ce niveau environ que les ligaments larges pourront et devront être sectionnés.

« En effet, cette section est possible, car on n'a pas à craindre la blessure de l'uretère, même dans les cas exceptionnels où ce conduit se porte entre les feuillets du ligament large, car dans ces cas il se porte obliquement en bas et jamais on ne le rencontre dans la moitié supérieure et interne du ligament. Elle est, en outre, indispensable pour permettre l'énucléation facile du segment inférieur de l'utérus hors de la collerette.

« Lorsqu'on a ainsi déterminé approximativement le futur tracé de la collerette, on placera les pincettes comme il suit. Saisissant avec les doigts les annexes d'un côté et les tenant soulevées, on place, à cheval sur le bord libre du ligament large et en dehors des annexes, une pince clamp coudée qui saisira le ligament large jusqu'à son insertion sur le bord de l'utérus, à la hauteur de la future collerette. Tenant toujours les annexes soulevées, une deuxième pince droite est placée verticalement sur l'angle utérin, saisissant l'origine de la trompe, le ligament de l'ovaire et le ligament rond, et arrivant jusqu'à la rencontre de la

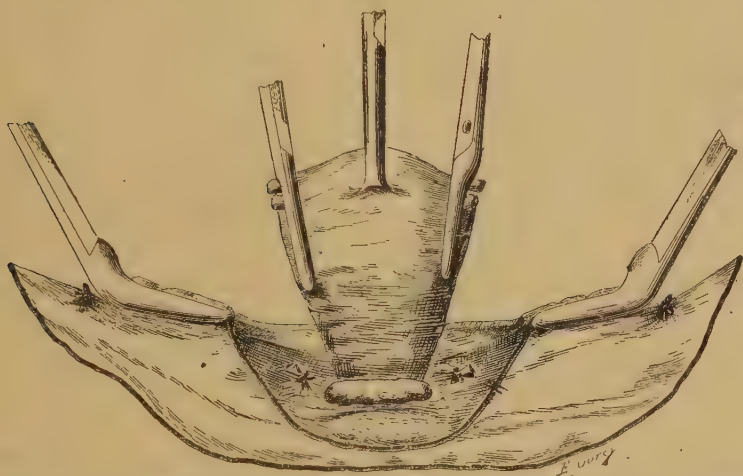


FIG. 3. — Les annexes ont été excisées entre les pincettes. Tracé de la collerette partant entre le bec des deux pincettes.

pince coudée. Les annexes et leurs ailerons seront contenus entre ces deux pincettes, et il suffira dès lors de pratiquer deux incisions qui suivront les mors de ces pincettes pour enlever les annexes avec leur contenu septique et leurs poches purulentes (comme on le voit sur le côté gauche de la figure 2).

« Lorsque les annexes seront ainsi enlevées de chaque côté, l'utérus se trouvera libéré dans son tiers supérieur, ainsi que le montre la figure 3.

« TRACÉ DE LA COLLERETTE. — Nous désignons sous le nom de collerette la portion du péritoine utérin d'où l'utérus sera énucléé et

avec lequel la cavité péritonéale sera refermée à la fin de l'opération. L'utérus sera saisi avec une pince à griffes et tenu soulevé. Entre les becs des deux pinces, continuant la direction de la pince horizontale, on fera partir une incision horizontale (voir fig. 2) tout autour de l'utérus, de façon que le tracé de l'incision passe en avant à 1 centim. ou 1 centim. et demi au-dessus de la vessie, latéralement entre les mors des pinces; enfin, en arrière, plus ou moins bas suivant qu'il y a ou non intérêt à supprimer une partie de cette moitié postérieure de la collerette, comme cela sera le cas si, en décortiquant les annexes, on a plus ou moins dénudé la face postérieure de l'utérus. L'incision doit être faite superficielle, mais elle doit cependant atteindre les couches musculaires, sans quoi on s'exposerait à déchirer la collerette pendant sa dissection, ce qui compliquerait inutilement la fermeture ultérieure du péritoine.

« DISSECTION DE LA COLLERETTE. — Cette dissection, très importante, devra se faire lentement, aidée de temps à autre par un instrument tranchant. Les bords de la collerette sont repérés avec des pinces, ce qui facilitera le décollement, surtout en avant. Le doigt devra toujours suivre le muscle utérin avec sa face palmaire, l'ongle ne devant intervenir dans le décollement qu'en agissant directement sur le muscle utérin. La vessie et les uretères seront décollés en avant; sur les côtés il sera inutile de se préoccuper des ligaments larges qui se trouvent d'eux-mêmes écartés; mais il sera utile, en se rapprochant du col, d'empiéter un peu sur le muscle utérin, pour ne pas être gêné par des blessures successives de l'artère utérine et de l'arcade qui relie cette artère à l'artère utéro-ovarienne. Près du vagin, l'artère utérine devra être sectionnée, puis saisie avec une pince. En arrière, il n'y a pas d'organes importants à blesser; mais en revanche, l'adhérence du péritoine à l'utérus est plus intime et la formation de la collerette plus difficile. Dans certains cas, lorsque la décortication des annexes a été difficile et a nécessité des traumatismes du péritoine qui tapisse la cavité de Douglas, on peut avoir intérêt à supprimer la paroi postérieure de la collerette dans sa totalité ou en partie. L'occlusion du bassin se fera alors surtout aux dépens de la paroi antérieure de la collerette.

« OUVERTURE ET SECTION DU VAGIN. — C'est un point délicat de l'opération; on n'a pas de repère fixe et on doit agir par tâtonnements.

Les tampons que l'on a placés pour distendre le vagin et les culs-de-sac pourront servir de guides, cependant il ne faudra pas trop compter sur eux pour ouvrir le vagin au moment propice. Lorsqu'on les rencontrera, il sera *beaucoup trop tard* ; on aura déjà isolé le vagin dans une partie de son étendue. En effet, la traction constante exercée sur l'utérus pendant la dissection de la collerette et les pressions faites avec le doigt qui isole cette collerette auront éloigné les tampons des culs-de-sac vaginaux. Pour ouvrir le vagin, nous

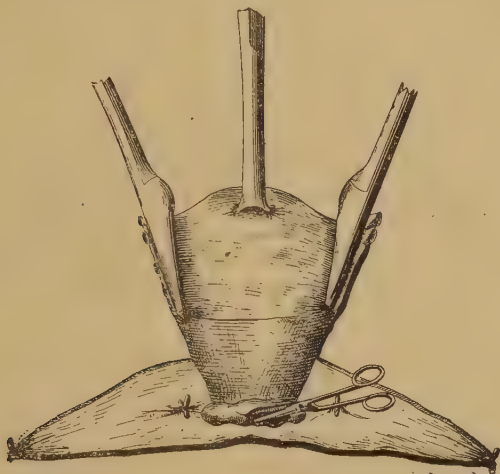


FIG. 4. — Incision du cul-de-sac vaginal.

nous adresserons au cul-de-sac postérieur, en glissant le doigt le long du col dénudé d'une part, et en imprimant d'autre part un mouvement de torsion à l'utérus. Nous arrivons ainsi à nous rendre compte *si nous sommes assez près du vagin*. Si nous nous croyons assez près, avec le bistouri dirigé verticalement, le tranchant sur le col disséqué, nous ponctionnons le vagin. Nous agrandissons ensuite l'orifice, de façon à y introduire l'index ; puis, rapidement, avec des ciseaux courbes, nous détachons le vagin du col et nous enlevons l'utérus (voir fig. 4).

« C'est dans le but de faciliter cette recherche du cul-de-sac vaginal postérieur dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes, que Eastman (d'Indianapolis) imagina une sorte de sonde coudée,

terminée par une petite barre transversale, et avec laquelle un aide faisait facilement saillir le cul-de-sac. Chrobak (de Vienne) emploie un instrument analogue. On pourrait aussi bien se servir d'une pince coudée introduite par la vulve avant l'opération; mais nous pensons qu'avec un peu d'habitude on pourra se dispenser de cette manœuvre vaginale qui, malgré sa simplicité, constitue toujours une petite complication.

« Lorsque le vagin sera sectionné tout autour du col, on placera des pinces de repère sur sa surface de section. Il sera bon alors de procéder à un nettoyage du fond de la plaie avec de la solution phé-



FIG 5. — Fond du vagin, l'utérus enlevé.

niquée forte et de placer dans le vagin, par le ventre, un nouveau tampon de gaze iodoformée. On procédera ensuite à l'hémostase.

« HÉMOSTASE. — L'hémostase constitue une des parties les plus délicates et des plus importantes de l'opération. Elle sera toujours longue et nécessitera de la patience de la part de l'opérateur. Après quelques tâtonnements, nous nous sommes arrêté à la pratique suivante, afin d'éviter toute perte de temps. En avant et en arrière, nous plaçons deux fils destinés à réunir le vagin au bord libre de la collerette. Nous prenons bien soin de laisser libres les parties latérales, au niveau de l'insertion des ligaments larges, pour permettre un facile drainage des ligaments larges dans le vagin. Nous nous contentons à ce niveau de placer un fil sur l'artère utérine et de lier séparément les vaisseaux qui ont été sectionnés. Il faut habituellement deux ou trois ligatures de chaque côté. Ces ligatures se font facilement, grâce au plan incliné qui laisse accessible le champ opératoire; on devra passer avec l'aiguille de Reverdin, chaque fil dans les tissus avoisinant l'artère, afin d'éviter son glissement.

« Il restera alors de chaque côté à faire le pédicule du ligament

large qui contient l'artère utéro-ovarienne et qui a été sectionné sur la pince coudée au début de l'opération. Nous faisons ce pédicule comme tous nos pédicules abdominaux, de la façon suivante, que nous désignons sous le nom de *nœud à boucle passée* (et que nous employons presque exclusivement depuis plus de quatre années, sans avoir jamais rien trouvé à lui reprocher).

« Les annexes ou la pince qui tient le pédicule sont confiés à l'aide, dont le rôle unique consistera à les maintenir sans avoir à exécuter le moindre mouvement. Une grosse soie plate, longue de 30 centim. environ, est passée derrière le pédicule. Celui-ci est traversé en son milieu avec une aiguille de Reverdin mousse, avec laquelle on saisit le milieu du fil qu'on attire en boucle à travers le pédicule. Cette boucle doit avoir une longueur de 2 ou 3 centim. Prenant alors successivement des deux chefs du fil, on les passe dans l'intérieur de la boucle en les croisant et en les nouant. Le nœud est dès lors terminé ; il suffit de tirer très vigoureusement sur les chefs du fil pour étreindre le pédicule. Le premier nœud est ainsi fait dans l'intérieur de la boucle ; le deuxième se fera en dehors de cette même boucle.

« Comme on le voit, ce nœud à boucle passée est fait avec un seul fil, en une seule fois, par l'opérateur *seul* ; le pédicule est traversé en son milieu et partagé en deux moitiés qui se trouvent également serrées ; en outre, la traction sur les chefs des fils est horizontale au lieu d'être verticale comme dans le nœud de Lawson Tait.

« Lorsque les pédicules sont terminés de chaque côté, la collerette reste seule béante au centre du bassin.

« FERMETURE DE LA COLLERETTE.— Dans la très grande majorité des cas, on devra fermer complètement la cavité péritonéale et suturer la paroi antérieure de la collerette à sa paroi postérieure. Dans certains cas rares, lorsque des parties de poches suppurées n'auront pu être enlevées, lorsque les fistules rectales auront dû être suturées, on devra laisser la collerette béante et pratiquer le drainage vaginal. Dans ce cas, on invaginera autant que possible la collerette en réunissant ses bords libres aux bords du vagin, et on drainera avec de la gaze iodoformée que l'on disposera en partie dans le bassin, en partie dans la collerette invaginée et en partie dans le vagin.

« Ce drainage vaginal sera toujours exceptionnel. La règle sera de

fermer la collerette, ce que l'on réalisera au moyen d'un surjet. Ce surjet partira de chaque côté des pédicules ovariens, fermera d'abord

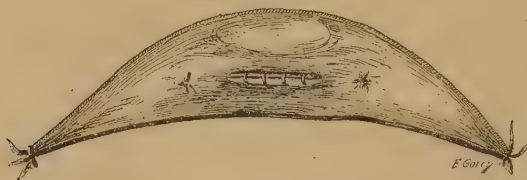


FIG. 6. — Suture péritonéale.

la portion du ligament large qui aura pu glisser sous la pince, puis la collerette elle-même.

« **TOILETTE DU PÉRITOINE.** — Cette toilette proprement dite sera très simple si les compresses protectrices ont été bien placées. Il suffira en effet de retirer ces compresses avec précaution; au-dessous, les anses d'intestin seront parfaitement propres.

« **FERMETURE DE LA PAROI ET DRAINAGE.** — Lorsque la collerette est fermée, la cavité abdominale se trouve parfaitement close. Nulle part il n'existe de parties cruentées dépourvues de péritoine, si ce n'est les deux pédicules de l'artère utéro-ovarienne.

« Or ces pédicules n'ont ici aucune importance, puisqu'ils ne contiennent dans leur épaisseur aucune partie infectée. Néanmoins la décortication de l'utérus, les frôlements du péritoine pelvien pourront être cause d'une exsudation plus ou moins considérable de liquide dans la cavité péritonéale, et c'est pour nous prémunir contre les accidents que pourraient occasionner ces liquides que nous pratiquons le drainage abdominal. Un gros grain de 12 à 18 millim. de diamètre est placé dans la partie la plus déclive du cul-de-sac de Douglas, en arrière de la collerette, puis il est fixé dans l'angle inférieur de la plaie. La paroi sera ensuite fermée à trois étages, d'après les règles que nous avons formulées pour la fermeture de la paroi sur le plan incliné. Un premier surjet au catgut sera fait sur la séreuse de l'ombilic, vers le pubis; un deuxième surjet sera fait sur l'aponévrose; enfin la peau sera réunie par des crins de Florence.

« **PANSEMENTS ET SOINS CONSÉCUTIFS.** — Le pansement n'offre rien de spécial : c'est celui de toute laparotomie drainée. Aussitôt l'opé-

ration terminée, on enlève une partie des tampons vaginaux pour rendre la miction possible et permettre l'usage immédiat des injections vaginales de sublimé. Ces injections seront répétées trois fois par jour sur les tampons; elles sont surtout destinées à favoriser l'écoulement facile par le vagin des liquides sécrétés par la face cruentée de la collerette. Au bout de huit jours ces tampons seront complètement supprimés.

« Le drain sera enlevé au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Il sera définitivement supprimé s'il n'y a pas d'écoulement sanguin par la plaie. Dans le cas contraire, on le remplacera par un petit drain qu'on laissera en place quarante-huit heures au plus.

« Suivant la méthode anglaise, nous purgeons nos laparotomisées dès le lendemain de l'opération. Nous employons le citrate de magnésie à doses fractionnées jusqu'à effet.

« Le huitième jour, les crins de Florence sont retirés. Le dix-septième jour, la malade se lève pour la première fois. Le vingt et unième jour, on la considère comme guérie opératoirement et on la soumet, suivant son état, à un régime reconstituant. »

INDICATIONS ET RÉSULTATS. — M. Delagenière considérait son procédé comme un procédé d'exception lorsqu'il le décrivit, ainsi qu'il le disait au Congrès de gynécologie de Genève. Ainsi s'explique le petit nombre de ses observations. Il l'emploie dans des cas tout à fait difficiles. Il en publiait 10 cas au Congrès de Genève avec 2 morts, en 1898. Depuis, nous avons pu réunir dans ses statistiques, sauf erreur, 12 nouveaux cas avec guérisons et 1 mort due à une vaste pyosalpingite compliquée de fibromyome; ce qui donne un total de 22 cas avec 3 morts, soit 13,63 p. 100.

M. Delagenière continue, d'ailleurs, à employer la voie vaginale et la laparotomie sans hystérectomie.

Quant aux résultats définitifs, ils lui ont paru excellents et, dit-il, « tels que je n'en ai jamais observé pour des cas similaires ».

La guérison est rapide et radicale, et s'est maintenue parfaite.

CHAPITRE V

Procédé de Bardenhauer.

Hystérectomie totale.

Dans un long mémoire Bliesner, assistant de Bardenhauer, nous donne la technique qu'emploie son maître. Déjà mon ami le Dr Audiau a donné dans sa thèse un excellent résumé de cette technique que je traduis littéralement aujourd'hui :

« PRÉPARATION DE LA MALADE. — Quelques jours avant l'opération, on rase les poils du pubis, on lave le vagin, on nettoie l'intestin.

« L'anesthésie est faite avec un mélange de chloroforme et d'éther ; c'est-à-dire, que commencée avec le chloroforme elle est continuée avec de l'éther, après injection préalable d'une solution de morphine et atropine.

« Avant l'opération même, en plus du nettoyage du vagin, on touche le canal cervical avec la pointe du thermo-cautère, et on tamponne. Dans les cas difficiles on laisse une sonde.

« La malade est mise en position élevée du bassin sur la table de Trendelenburg. Asepsie rigoureuse pendant l'opération.

« INCISION DE LA PAROI. — Ouverture de la cavité péritonéale par une incision longitudinale allant de l'ombilic à la symphyse. Depuis 1893, Bardenhauer n'emploie que très rarement l'incision transversale supra-symphysienne. Après ouverture de la cavité péritonéale, fixation du péritoine à la peau par quelques points, et introduction de compresses sèches de gaze stérilisée, afin que rien ne s'échappe à l'extérieur. Écartement des bords de la plaie avec l'instrument de Fritsch. Libération prudente des adhérences de la surface supérieure de la tumeur jusqu'à ce que l'utérus et les annexes soient libres. Les paquets d'adhérences sont soulevés et libérés au thermo-cautère.

Dans les cas difficiles, si la tumeur des annexes, à la suite de pelvipéritonite ou de périmétrite, adhère à la paroi pelvienne comme une masse indivise, on sépare le revêtement péritonéal postérieur des deux côtés de l'utérus et de la tumeur annexielle, un peu au-dessus du cul-de-sac, là où il adhère lâchement, jusqu'à ce que l'on puisse soulever commodément devant l'utérus et les ovaires un feuillet péritonéal comme un rideau ; au besoin, à l'aide d'un fil passé au travers. On ouvre ainsi le tissu cellulaire du petit bassin. La moitié inférieure de l'utérus et des annexes repose par leur face postérieure sans interposition de séreuse. Ensuite on sépare les tumeurs annexielles en totalité de la paroi du petit bassin, au-dessous du point où émerge le pédicule vasculaire latéral et du ligament ovarico-pelvien (infundibulo-pelvien) épaissi et élargi, qui est sectionné après avoir été pris dans une pince de Péan. Cette séparation est toujours pratiquée de bas en haut et d'arrière en avant, pour que, si l'on ouvre une collection purulente, le contenu des parties intra-ligamentaires puisse s'écouler et être aspiré sans qu'il vienne au contact de la cavité péritonéale. On continue ce travail jusqu'à ce que les annexes soient libérées et que l'on arrive à l'utérus, sur les deux côtés.

« On ne fait la section des tissus qu'à ce moment, après qu'une anse de fil porté sur une aiguille a permis de serrer dans une seule ligature les vaisseaux, si bien que la perte de sang est minime. Si le cul-de-sac de Douglas est séparé de la cavité péritonéale par de fausses membranes fibreuses s'étendant de la séreuse qui recouvre la paroi pelvienne postérieure à la surface postérieure de l'utérus et des annexes, on les détachera autant que possible en une seule couche, en commençant près du bord supérieur de l'utérus.

« Cette lame servira, comme on le verra par la suite, à séparer le cul-de-sac de Douglas de la cavité péritonéale. Ensuite, on pratiquera la séparation sous-péritonéale de l'utérus et de la paroi postérieure de la vessie en se tenant près de la paroi musculaire antérieure de l'utérus.

« On soulève avec une forte pince le dôme vaginal qui se présente, et on l'ouvrira en avant et au milieu d'un coup de ciseaux. Par cette ouverture de la voûte on passe un long fil sur une aiguille pour qu'il fixe le bord de la plaie vaginale au tissu sous-péritonéal adjacent derrière la vessie dégagée, et on fait un nœud. Dans ce temps, on

reste un peu éloigné de la plaie même du péritoine puisqu'il devra servir à recouvrir la plaie pelvienne. Ensuite, on incisera de nouveau une partie du dôme vaginal et on fixera encore, à l'aide d'un fil porté sur une aiguille, le bord de l'incision aux tissus adjacents. On fait ainsi le tour du col qui est fortement attiré en arrière et en haut avec une pince, pendant qu'on divise peu à peu la voûte vaginale en le rasant et qu'on fixe les bords de la section aux tissus voisins qui sont : le tissu intraligamentaire, sur les côtés ; en arrière, le tissu sous-péritonéal induré et fibreux. Ce temps s'exécute rapidement, et l'on évite l'hémorrhagie bien qu'on ne lie qu'après avoir coupé en tendant fortement les tissus. L'on n'a pas à craindre les lésions des uretères si l'on se tient près du dôme vaginal. On libère ensuite l'utérus et les tumeurs annexielles en même temps, en avant et sur les côtés ; elles adhèrent encore en arrière, à la paroi pelvienne postérieure et au rectum par les adhérences fibreuses remontant plus haut. On détachera alors tout le paquet de bas en haut, comme ci-dessus, tout en conservant les fausses membranes qui forment une cloison.

« Dans les cas faciles, où les annexes ne présentent que des adhérences rubaniformes, le premier temps est de les détacher avec un instrument mousse ; puis, dans un second temps on sectionne latéralement le pédicule vasculaire et on le lie de chaque côté de l'utérus, dont on décolle le revêtement péritonéal postérieur en commençant en haut par la ligne où il se réfléchit, et sur les côtés par la partie inférieure en soulevant la lame vasculaire du ligament large. Pour le reste on procède comme il est dit plus haut. On peut dans l'incision circulaire de la voûte vaginale comprendre le péritoine et le prendre dans la ligature, ce qui se fait le plus souvent, ou bien faire passer son aiguille dans le tissu sous-péritonéal sans prendre la séreuse elle-même qui sera utilisée plus tard pour recouvrir la plaie pelvienne.

« Quand ce temps de l'opération est fini ; quand l'utérus est enlevé, le plus souvent avec les annexes des deux côtés, on pratique l'extirpation des poches purulentes, la libération et l'ablation de l'appendice iléo-cæcal compris dans les adhérences ; on enfouit son moignon, on fait une hémostase minutieuse, on nettoie la plaie en frottant, on change les compresses, opérateur et assistants se lavent les mains de nouveau avec soin ; on prend des instruments propres et l'on ferme la plaie abdominale après celle du petit bassin.

« Pour clore celle-ci, il y a deux modes possibles : dans les cas avec adhérences profondément situées, peu marquées, consistant en formations rubaniformes, il est *rarement suffisant* de réunir la séreuse de revêtement antérieur avec la postérieure, au-dessus de la dépression formée par les moignons vasculaires latéraux. Ce mode de fermeture ne trouve son indication que dans les ablations de l'utérus pour tumeurs et bien rarement dans les lésions annexielles. La perte de substance laissée au milieu par l'ablation de l'utérus sera recouverte par la réunion, avec des points solides, du bord du feuillet péritonéal antérieur de l'utérus avec celui du feuillet du cul-de-sac de Douglas, au niveau de l'incision postérieure du dôme vaginal. Les points d'entrée et de sortie de l'aiguille passeront dans la surface péritonéale de manière à ce que les deux lames soient réunies par leur surface séreuse et les bords de la plaie péritonéale tournés vers le vagin. Si l'on veut utiliser le feuillet pariétal postérieur pour border le dôme vaginal, on ne peut y arriver sans rétrécir l'orifice vaginal et causer de légers tiraillements ; mieux vaut utiliser pour cela une portion située plus haut, notamment la séreuse pelvienne pariétale qui, près de son passage dans le mésocôlon, est si lâche qu'elle se laisse facilement soulever en un pli et réunir au feuillet antérieur derrière la vessie sans tiraillements. Il suffit, pour obtenir cette couverture, de deux longs fils dirigés l'un de gauche à droite, l'autre de droite à gauche ; ils se rencontrent au voisinage de la ligne médiane où l'on fait un nœud. Comme je viens de le dire, ce procédé est rarement suffisant dans les lésions inflammatoires des annexes et quand il y a une vaste plaie du cul-de-sac de Douglas, alors qu'il suffit le plus souvent pour les tumeurs utérines.

« Donc, dans les cas où il y a des plaies péritonéales de l'intestin ou de la paroi pelvienne, il faut les isoler de la grande cavité péritonéale par une cloison sus-jacente. On obtient très bien cette séparation toutes les fois où l'on réussit à conserver à la partie postérieure une couche fibreuse entière. On soulève un peu le péritoine de l'articulation sacro-iliaque et l'on forme, après avoir fait deux ou trois points au catgut, une cloison de séparation à droite du côlon. La plaie est très rétrécie dans son diamètre transversal, le moignon du pédicule vasculaire pelvien est plongé vers le vagin. On obtient le même résultat à gauche.

« Plus loin, la ligne de suture comprend la séreuse pelvienne soulevée en plis (elle est surtout lâche et se laisse attirer au point où elle passe dans le mésocolon iléo-pelvien) et l'adosse au feuillet antérieur. L'aiguille, en traversant les franges épiploïques, les amène au niveau de l'ouverture du dôme vaginal. Finalement, une cloison formée par les surfaces péritonéales réunies sépare la grande cavité péritonéale de la plaie pelvienne, après renversement des bords de la plaie et des moignons latéraux vers le dôme vaginal et sans qu'il persiste de plaie à la face supérieure de la cloison de séparation. Avant que celle-ci soit terminée par un de ces deux procédés, on fait un tamponnement un peu serré de la plaie avec de la gaze iodoformée portant des fils qui sont passés dans le vagin. Cette gaze est tassée dans tous les interstices de la plaie.

« On suture ensuite le péritoine pariétal de la paroi abdominale, l'aponévrose et la peau au catgut stérilisé à la vapeur sèche. On peut parfois aussi se contenter de réunir le péritoine avec un simple fil. Deux fils d'argent rendent la suture plus solide.

« Pansement aseptique. Opium. Nourriture liquide pendant les premiers jours. On enlève la gaze (que l'on retire par le vagin au moyen des fils que l'on y a passés) tardivement, au huitième jour. La malade n'est autorisée à se lever que quatre semaines après. »

INDICATIONS ET RÉSULTATS. — Bardenhauer, sur 56 opérations, a eu 53 guérisons, soit une mortalité de 5,37 p. 100. Son procédé semble surtout devoir être appliqué aux cas très suppurés où le drainage vaginal sera efficace. Quant à son procédé de péritonisation, on ne saurait trop en reconnaître les avantages, et il favorise singulièrement la guérison.

CHAPITRE VI

Procédé de Thomas Jonnesco (de Bucarest).

Hystérectomie totale.

Voici le procédé opératoire de ce chirurgien, non point tel qu'il l'a décrit au Congrès de Moscou et qu'il l'a publié dans ses *Travaux de chirurgie*, mais suivant les quelques modifications sensibles qu'il y a apportées depuis et qu'il a bien voulu me signaler dans une note manuscrite dont je tiens à le remercier!

« *Premier temps.* INCISION DE LA PAROI. — La malade est placée dans la position inclinée dès le début de l'opération, avant l'incision abdominale. L'incision, faite depuis le pubis jusqu'à l'ombilic, est suivie de l'ouverture de la gaine des droits et de la résection de la ligne blanche. Le péritoine ouvert, on fixe les lèvres péritonéales aux lèvres cutanées de la plaie avec des pinces à griffes très fines, à neuf dents, de façon à cacher les lèvres cruentées de la plaie abdominale, leur donner une netteté parfaite et empêcher l'écoulement dans la cavité péritonéale des gouttes de sang que donne la tranche de la paroi, alors surtout qu'on résèque préalablement la ligne blanche, et qui peuvent souiller la cavité péritonéale. Puis on écarte les lèvres de la plaie avec un écarteur mécanique qui permet de découvrir toute la cavité pelvienne, une partie des fosses iliaques et de travailler à ciel ouvert. »

Je conseille fort de lire la description de l'emploi de l'écarteur abdominal mécanique inventé par le D^r Jonnesco, décrit dans la *Presse médicale* le 5 juin 1900, et dont l'emploi semble commode et à l'avantage de remplacer un aide.

« *Deuxième temps.* EXPLORATION DU PELVIS. DESTRUCTION DES ADHÉRENCES. — La destruction des adhérences entéro-utérines ou

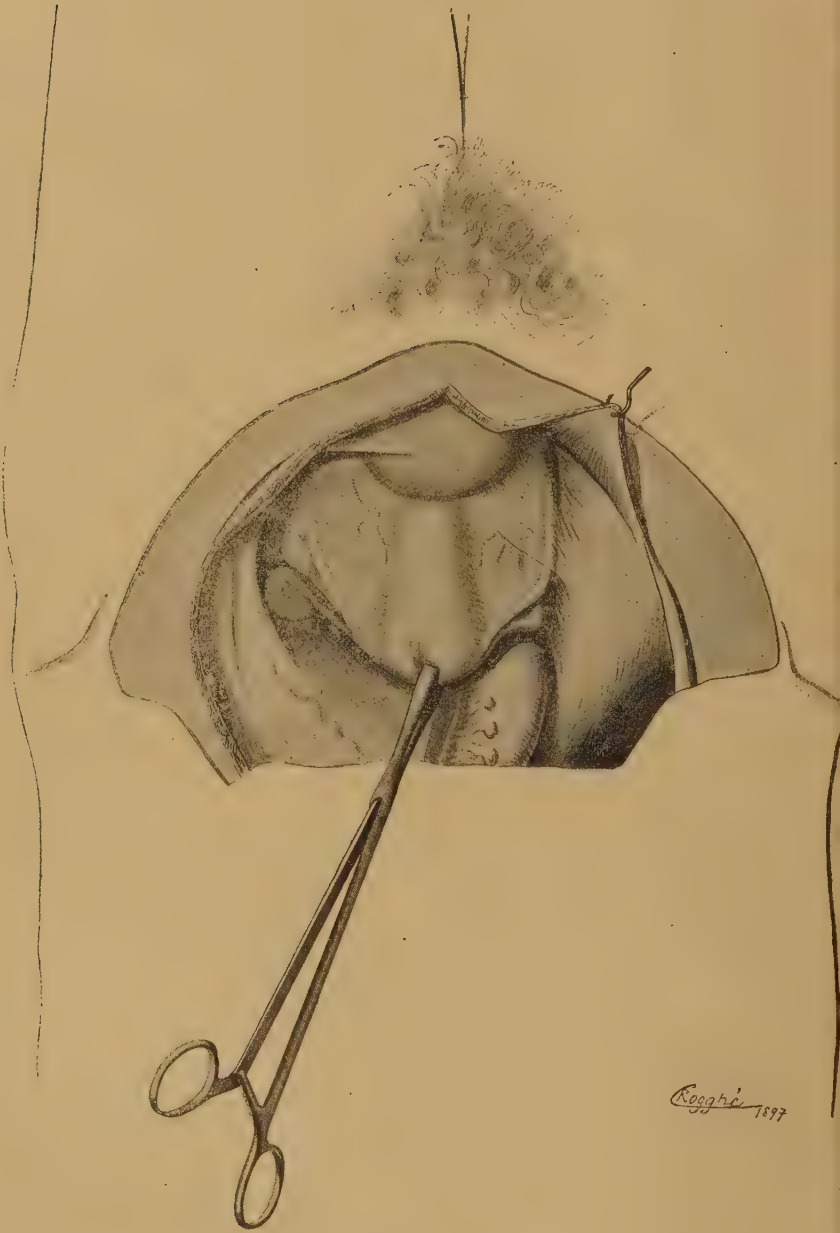


FIG. 7.

entéro-annexielles demande souvent une attention soutenue, afin d'éviter et l'ouverture du canal intestinal et celle des poches purulentes, accidents qui ont leur gravité. Les adhérences les plus fréquentes sont celles qui s'établissent particulièrement entre les annexes gauches et le côlon pelvien. La production de ces adhérences est surtout favorisée par l'existence d'un repli qui, à l'état normal, unit le côlon pelvien aux annexes de ce côté, repli que Jonnesco nomme le ligament infundibulo-côlique. De même du côté droit, les annexes sont fréquemment et intimement adhérentes à l'appendice vermiculaire, adhérences dues à la présence à l'état normal d'un ligament qui unit les annexes droites à l'appendice. La présence de ce dernier ligament explique la fréquence des appendicites en cas d'annexites et vice versa. En dehors de ces adhérences, ce qui doit attirer l'attention de l'opérateur d'une manière toute spéciale, ce sont des adhérences plus ou moins intimes unissant l'utérus et ses annexes soit aux anses de l'intestin grêle, soit à l'épiploon, soit encore à l'ampoule rectale. Cette dernière possibilité se réalise surtout lorsque les annexes sont prolabées dans la cavité de Douglas.

« La destruction des adhérences est faite par la main droite, la gauche soutenant et protégeant les poches purulentes. Néanmoins, quelles que soient l'attention et l'habileté déployée, si l'on peut éviter les déchirures de l'intestin, il n'en est plus de même des poches annexielles, dont on n'arrive pas toujours à garantir l'intégrité. C'est pour cela que pendant tout l'acte opératoire, la cavité doit être bien isolée, par de larges compresses stérilisées, de la cavité pelvienne; on évite ainsi la pénétration du contenu annexiel dans la grande cavité abdominale. Lorsque l'utérus et ses annexes sont ainsi bien séparés de l'intestin et de la paroi pelvienne, on procède à leur complet isolement (fig. 7).

« *Troisième temps.* ISOLEMENT DES ANNEXES. LIGATURE ET SECTION DES VAISSEAUX UTÉRO - OVARIENS. LIGATURE ET SECTION DU LIGAMENT ROND. — Pour exécuter ce temps, on applique sur le fond de l'utérus une pince de Museux que l'on confie à un aide qui, par des tractions suffisamment vigoureuses, attire l'utérus et ses annexes du côté gauche dans la plaie abdominale. On commence par l'isolement des annexes. En soulevant avec la main gauche les annexes,

on détermine entre les annexes et la paroi pelvienne la formation d'un repli qui contient les vaisseaux utéro-ovariens (pédicule annexiel).

« On passe au-dessous du faisceau vasculaire, avec l'aiguille de Deschamps, un long fil de catgut n° 0 ou n° 1, double, et l'on sectionne le pédicule entre les deux ligatures faites à 1 centim. et demi l'une de l'autre. Ensuite, par des tractions exercées sur l'utérus, on détermine le repli du ligament rond que la main gauche isole, tandis que la droite passe en dessous l'aiguille de Deschamps armée d'un

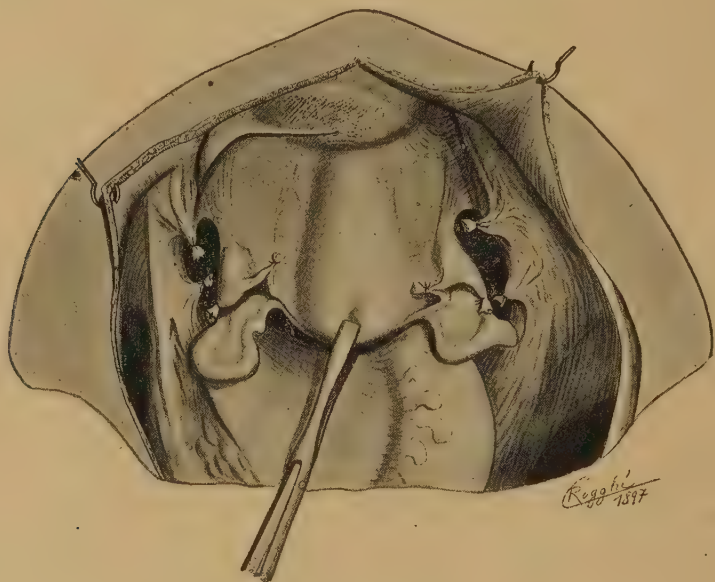


FIG. 8.

fil double à une distance de 6 à 7 centim. du bord de l'utérus. On sectionne le ligament entre deux ligatures. Du côté opposé, on pratique les mêmes manœuvres sans que, pendant tout l'acte opératoire, il y ait trace de sang. On se trouve donc en présence d'un utérus armé de ses annexes, et celles-ci isolées du pelvis (fig. 8).

« *Quatrième temps.* INCISION DU CUL-DE-SAC PÉRITONÉAL VÉSICO-UTÉRIN. DÉCOLLEMENT DE LA VESSIE. ISELEMENT ET SECTION ENTRE DEUX LIGATURES DES ARTÈRES UTÉRINES EN DEHORS DES URETÈRES. — J'incise le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin d'un bord à l'autre de

l'utérus, puis je décolle la vessie. Enfin, de chaque côté de l'utérus, dans le tissu cellulaire assez dense qui les réunit, je dénude l'artère utérine et les veines qui l'accompagnent jusqu'au delà du point d'entre-croisement, avec l'uretère; celui-ci est aussi dénudé et mis en évidence à ce niveau. Puis, au delà du point d'entre-croisement, je passe, à l'aide de l'aiguille de Deschamps, un fil double de catgut n° 0 au-dessous des vaisseaux dénudés. Les deux fils noués à 1 centim. de distance l'un de l'autre, je sectionne les vaisseaux entre les deux

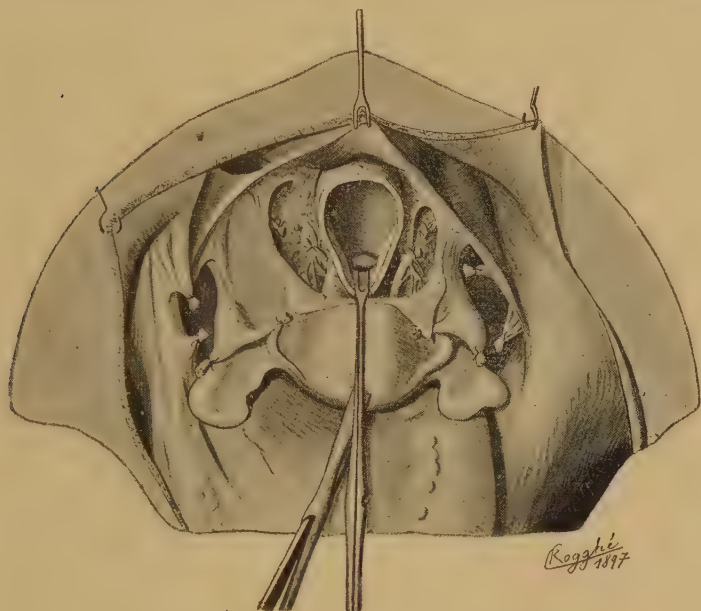


FIG 9.

fil. De cette façon l'hémostase est assurée dans tout le territoire des utérines, et la blessure des uretères est parfaitement évitée, les ayant vus et écartés jusqu'à leur pénétration dans la vessie.

« Cinquième temps. INCISION DU CUL-DE-SAC VAGINAL ANTÉRIEUR. CIRCONCISION DU COL UTÉRIN. — L'utérus fortement attiré en haut et en arrière, j'incise la paroi vaginale antérieure facilement reconnaissable. Une fois le vagin ouvert, le col utérin est pris dans les mors d'une pince spéciale courbée à son extrémité et munie de deux puissantes dents sur chacune de ses deux lèvres. Le col est attiré en

haut et en arrière par la brèche vaginale et le vagin sectionné tout autour. Dans la libération de l'utérus du vagin, il faut faire attention aux adhérences qu'il peut avoir contractées en arrière avec l'ampoule rectale, et sur les côtés préserver les uretères (fig. 9).

« *Sixième temps.* LIGATURE DES DEUX HYPOGASTRIQUES. — Pour assurer une hémostase absolue et éviter toute hémorrhagie primitive ou secondaire, je pratique depuis trois ans toujours la ligature des hypogastriques. Cette pratique m'a donné d'excellents résultats, aussi

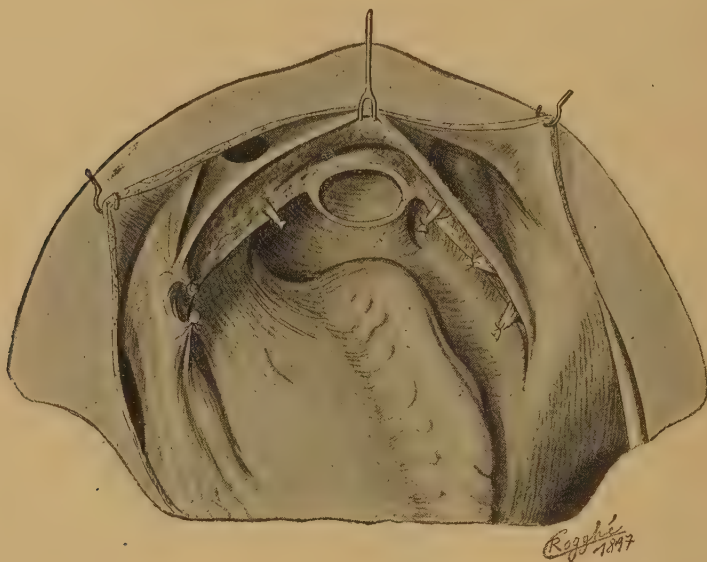


FIG. 10.

je la trouve excellente et d'une exécution très facile et très rapide. Je commence à droite et, pénétrant entre les deux feuillets du ligament large déjà incisé, je décolle le péritoine pariétal de la paroi pelvienne au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite jusqu'à l'iliaque primitive, tangible et facile à reconnaître grâce aux battements qu'elle transmet au doigt. A l'angle de bifurcation de cette artère, on constate aussi facilement les deux iliaques ; la vue et le doigt permettent de distinguer l'iliaque interne collée au pelvis, tandis que l'uretère est décollé avec la lèvre interne du ligament large à laquelle il adhère. Avec le pouce et la sonde cannelée je dénude l'artère tout

près de son origine, en l'isolant complètement de la veine hypogastrique sous-jacente. Avec l'aiguille de Deschamps, je passe un fil de catgut n° 0 et lie l'artère. A gauche elle est liée toujours au-dessous du mésocôlon pelvien et jamais en traversant ce méso. Car, alors même que celui-ci est court et qu'il adhère ainsi que la portion initiale du côlon pelvien à la paroi pelvienne, on peut, en pénétrant entre les deux feuilletts du ligament large déjà incisé, décoller le péritoine pariétal en haut, le long de l'iliaque primitive, en soulevant avec lui le côlon et son méso. Ce décollement fait, on pratique la ligature de l'iliaque interne de ce côté de la même manière que celle de l'artère du côté droit. La ligature des hypogastriques fait cesser immédiatement tout suintement des lèvres vaginales dû à la section des artérioles vaginales et rend l'hémostase parfaite. Cette ligature est quelquefois laborieuse à cause de l'épaississement du tissu cellulaire environnant dans les vieilles annexites adhérentes (fig. 10)

« *Septième temps.* DRAINAGE VAGINAL. FERMETURE ET ISOLEMENT DU PELVIS PAR LA PÉRITONISATION DE SON ORIFICE SUPÉRIEUR. — J'ai complètement renoncé à la fermeture complète du canal vaginal, alors même qu'aucune poche annexielle n'a été ouverte pendant l'opération. Je pratique toujours le drainage du pelvis par le canal vaginal ; mais j'isole toujours aussi la cavité pelvienne drainée de la grande cavité abdominale que je ferme complètement sans jamais pratiquer le drainage abdominal que je trouve mauvais à tous les points de vue.

« L'orifice vaginal est diminué par un point de suture au catgut appliqué à chacune de ses deux commissures (fig. 11). Puis deux longues mèches de gaze iodoformée sont introduites par le pelvis dans le canal vaginal. Les bouts vaginaux des mèches sont poussés jusqu'au milieu du canal, tandis que les bouts pelviens sont placés de chaque côté de l'ampoule rectale.

« La fermeture et l'isolement du pelvis sont faits avec le côlon pelvien et son méso. Celui-ci est attiré au-dessus de l'orifice supérieur du petit bassin, et, commençant de droite à gauche, après avoir attiré le côlon pelvien hors du pelvis, de façon à ne laisser dans celui-ci que le rectum et la portion prérectale du côlon, on suture le bord libre du côlon au péritoine iliaque et vésical en se servant des franges épiploïques. Cette suture est faite au catgut n° 0, soit à surjet

deux fois interrompu, de façon à ne pas plisser trop l'intestin, soit à points interrompus.

« A droite, où le côlon pénètre dans le bassin, le fil de suture traverse la paroi musculaire de l'intestin même, pour l'appliquer au péritoine pariétal ; et, pour ne pas laisser de surface de communication entre le petit bassin et l'abdomen au niveau de la racine du mésocôlon pelvien, on suture à droite la face supérieure du méso au péritoine iliaque. Ainsi complétée, la suture du côlon pelvien et de

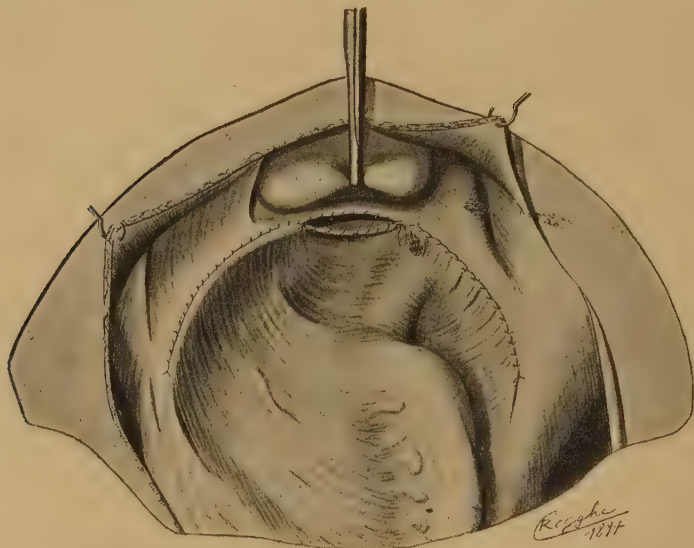


FIG. 11.

son méso au péritoine iliaque et vésical assure le parfait isolement du pelvis, seul drainé par le canal vaginal, de la cavité abdominale qui sera complètement fermée. Les sérosités suintées par les parois pelviennes d'où l'on a arraché les annexes adhérentes s'écouleront facilement par le vagin sans avoir aucune tendance à souiller la grande cavité péritonéale ni les anses intestinales, qui reposeront sur le plancher péritonéal ainsi construit. De plus, les anses intestinales ne pénétrant plus dans le petit bassin seront mises à l'abri des adhérences qu'elles, pourraient contracter avec les surfaces dénudées du petit bassin.

« La position fixe donnée au côlon pelvien n'a aucun inconvénient pour son fonctionnement parfait, et la circulation des matières n'est nullement influencée. Car je pratique cette méthode de péritonisation depuis près de trois ans, et je n'ai jamais constaté le moindre inconvénient chez mes opérées, revues longtemps après l'opération.

« *Huitième temps.* FERMETURE DE LA CAVITÉ ABDOMINALE. — Après avoir retiré les grandes compressees qui, pendant l'opération, garantissaient la grande cavité abdominale et l'intestin, on remet la malade dans la position horizontale. On introduit une large compresse entre la paroi et la masse intestinale dans le but d'empêcher le masse intestinale de venir se placer entre les lèvres de la plaie abdominale au moment des sutures.

« Pendant longtemps Jonnesco a fait habituellement quatre étages de suture, de la façon suivante. Le premier comprend la séreuse seule, le deuxième l'étage musculo-aponévrotique; ces deux étages sont faits à la soie. Les deux suivants au catgut, si l'on est sûr de son asepsie.

« Le troisième étage, *étage hypodermique*, est obtenu en passant l'aiguille dans le derme de la lèvre gauche, et puis à travers le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose du muscle droit, pour ressortir à travers le tissu cellulaire et le derme du côté droit.

« Le dernier étage consiste dans la *suture intradermique continue* : Faute de catgut parfaitement stérilisé, on peut employer un fil fin de soie. Dans le premier cas, le fil se résorbe et le septième et le huitième jour la réunion est obtenue. Dans le second cas, le septième ou huitième jour on retire le fil intradermique en sectionnant le nœud fait à un de ses chefs et en tirant sur l'autre.

« La suture abdominale avec des fils perdus pouvant donner lieu à de petites suppurations, dues à une infection primitive ou secondaire, et à l'élimination d'un ou de plusieurs fils, on peut remplacer les fils perdus par des *fils temporaires*, destinés à rester en place le temps nécessaire à la cicatrisation. Cette suture est alors pratiquée de la manière suivante : l'on passe l'aiguille courbe d'Emmet à 3 centim. du bord de la lèvre gauche de l'incision à travers la peau, le feuillet antérieur de la gaine du muscle droit, l'épaisseur du muscle et son feuillet postérieur, et à travers le péritoine, pour continuer à travers les mêmes couches du côté opposé et ressortir à la peau. On place

alors dans l'aiguille un fil double de soie. Quatre fils doubles sont ordinairement suffisants pour fermer complètement la plaie. Entre les deux chefs des fils de gauche, on place un rouleau de gaze stérilisée. Les chefs du côté droit sont alors attirés avec une certaine force pour accoler les lèvres de la plaie et pour appliquer intimement le rouleau du côté gauche à la peau. En écartant les chefs du côté droit, on place un autre rouleau de gaze par-dessus lequel on noue, après les avoir assez fortement serrés, les chefs de chaque fil ensemble.

« Ces fils sont retirés le dixième ou douzième jour. Le drainage abdominal est inutile : il peut même être nuisible en déterminant une fistule permanente difficile à guérir.

« Le pansement se compose de compresses de gaze stérilisée, d'ouate hydrophile et d'une grande quantité d'ouate ordinaire, le tout maintenu par un bandage de corps en flanelle. Ce pansement doit être très élastique et très compressif, assurant ainsi l'hémostase profonde, l'immobilité de l'intestin et le maintien de la plaie contre les efforts abdominaux.

« SOINS POST-OPÉRATOIRES. — Sont des plus simples. L'intestin doit être immobilisé les trois premiers jours par l'administration de l'extract thébaïque (5 à 10 centigr. par jour). On évite de la sorte les tractions sur la ligne de suture du plancher pelvien. Régime lacté. Évacuation de la vessie toutes les quatre heures : on évite ainsi l'infiltration du pansement vaginal par l'urine ; le pansement vaginal doit être changé tous les jours.

« Nous ne faisons des injections vaginales qu'à partir du sixième jour. Dans le cas où la cavité pelvienne a été drainée, la mèche qui draine le cul-de-sac de Douglas est laissée en place jusqu'au sixième jour, tout en changeant les pièces vaginales. Il est bien entendu que la pièce profonde n'est laissée en place qu'autant que la température reste normale. Fût-elle élevée, nous nous abstenons quand même de faire des injections vaginales, qui propageraient les germes localisés dans le pelvis à la grande cavité péritonéale. Les injections vaginales (acide borique 4 p. 100, chloral 1 p. 100, sublimé 0,50 p. 1000) sont faites tièdes dans les cas habituels, et à 45° si l'on constatait l'empatement du fond du vagin. Ces injections ne sont faites que le dixième ou douzième jour dans le cas où le pelvis a été drainé.

« On croirait que l'accolement des lèvres vaginales qui ont été bordées est impossible ou du moins très tardif. Il n'en est rien. A peine le drainage est enlevé que la tendance des lèvres à s'accoler se montre, cinq ou six jours après le fond du vagin est fermé, probablement par le contact des surfaces péritonéales.

« Le repos au lit est de quinze à vingt jours.

« SUITES POST-OPÉRATOIRES. — Elles sont habituellement des plus simples. Au septième ou huitième jour, le pansement abdominal est enlevé et la plaie réunie par première intention, lorsque les fils ont été bien aseptiques. Cependant, il n'est pas rare d'observer, lorsqu'on a fait la suture avec des fils perdus, un empatement autour d'un fil et une petite suppuration aseptique limitée à ce point. L'abcès ouvert, le fil retiré, la réunion secondaire se fait rapidement.

« AVANTAGES. — Le procédé de castration abdominale totale que je viens de décrire présente les points essentiels suivants :

« a) L'enlèvement en totalité et d'une seule pièce de l'utérus et de ses annexes.

« b) Suppression des pinces.

« c) Suppression de toute hémorrhagie par la ligature préventive du pédicule annexiel (artère utéro-ovarienne), du ligament rond (artère du ligament rond) et du pédicule utérin (artère utérine).

« d) Ouverture en premier lieu du cul-de-sac vaginal antérieur, sans conducteur vaginal, et section par le vagin des culs-de-sac latéraux et postérieur.

« e) Placement sous-péritonéal des moignons artériels et reconstitution du plancher pelvien sur toute l'étendue de la surface cruentée laissée par la section des ligaments larges.

« f) Fermeture du vagin lorsque les poches annexielles ont été extraites sans être ouvertes; drainage pelvien par le vagin lorsque le contenu annexiel purulent et septique s'est déversé dans le pelvis.

« Par l'enlèvement d'une seule pièce de l'utérus et de ses annexes, on évite l'infection possible du pelvis par l'écoulement du contenu annexiel, ce qui pourrait se produire avec le procédé de Delagenière par exemple, qui isole les annexes du corps de l'utérus et les enlève séparément. Du reste, par l'enlèvement en masse on simplifie de beaucoup l'intervention en diminuant les temps opératoires.

« Par la suppression des pinces tant permanentes que temporaires, on permet une évolution plus facile dans la profonde cavité pelvienne, qu'un nombre même restreint de pinces peut rétrécir et rendre difficiles les manœuvres opératoires. Les pinces placées sur les pédicules qui restent dans la cavité pelvienne devant être remplacées par des ligatures, constituent un temps perdu qui prolonge l'opération. Enfin, les pinces placées sur le pédicule utérin peuvent saisir l'uretère, accident toujours grave, alors même que la ligature ultérieure n'est placée que sur le pédicule, car la mortification de la paroi urétérale déterminera une fistule plus ou moins tardive.

« Par la double ligature et la section successive du pédicule annexiel du ligament rond et du pédicule utérin, on évite les pinces, la ligature ou le pincement des uretères, et l'on obtient une hémostase parfaite tant pendant l'opération qu'après l'enlèvement de la masse utéro-annexielle.

« Par le décollement de la vessie et l'ouverture en première ligne du cul-de-sac vaginal antérieur, par la luxation du col utérin et la section par le vagin des culs-de-sac latéraux et postérieur, on facilite l'extirpation de l'utérus, car l'on commence par le point le plus accessible, le cul-de-sac vésico-utérin. Le décollement du vagin se fait de bas en haut, ce qui permet d'éviter l'ouverture du rectum. Enfin la luxation et la traction du col de l'utérus en haut, éliminent la possibilité d'atteindre l'uretère au moment de l'isolement complet du col, car les tractions sur le col ont pour résultat d'éloigner de l'utérus l'uretère, qui tombe sur la paroi vaginale en abandonnant le flanc de l'utérus.

« Par la réduction sous-péritonéale des moignons vasculaires et la reconstitution parfaite du plancher pelvien péritonéal, on supprime la surface cruentée, avec laquelle l'intestin pourrait contracter des adhérences et donner lieu à des douleurs pelviennes post-opératoires, et même à l'obstruction intestinale par la fixation permanente d'une anse intestinale coudée au plancher pelvien.

« Par la fermeture du vagin on supprime le contact de la cavité pelvienne avec le vagin, ce qui permet d'éviter l'infection secondaire par les sécrétions vaginales.

« Par le drainage du pelvis par le vagin, dans les cas indiqués, on assure la localisation d'une infection possible et le facile écoulement

des sécrétions qui peuvent avoir lieu dans le pelvis infecté par le contenu annexiel.

« Le procédé de la castration abdominale totale que je viens de décrire, diffère notablement de tous ceux employés jusqu'à ce jour. Dans la plupart, en effet, comme dans celui de Delagenière, par exemple, on fait l'opération en deux temps : l'extirpation des annexes d'abord, l'hystérectomie ensuite. De plus, aucun procédé d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes ou lésions utéro-annexielles, ne ressemble au mien. Il serait fastidieux et inutile de faire le parallèle entre mon procédé et les autres ; en effet, ceux-ci sont si nombreux que chaque opérateur a le sien propre. J'ai insisté plus haut sur les avantages du procédé ; je puis dire que je l'ai employé aussi dans les fibromes de l'utérus et dans les lésions annexielles non septiques et qu'il m'a toujours donné d'excellents résultats. »

Jonnesco a eu la très grande amabilité de nous communiquer avec les plus récentes modifications de sa technique, et ses figures pour les illustrer, sa statistique.

Il a opéré 55 cas d'annexites suppurées bilatérales dont :

En 1896	7 cas avec	6 guérisons et 1 mort.
1897.....	9 —	7 — 2 —
1898.....	8 —	7 — 1 —
1899.....	8 —	8 — 0 —
1900.....	15 —	14 — 1 —
1901.....	8 —	8 — 0 —

soit 55 opérations avec 5 morts.

22 opérations pour lésions non suppurées des annexes lui ont donné 18 guérisons et 4 morts.

En 1897.....	5 cas avec	4 guérisons et 1 mort.
1898.....	3 —	3 — 0 —
1899.....	10 —	7 — 3 —
1900.....	3 —	3 — 0 —
1901.....	1 —	1 — 0 —

En tout, Jonnesco a donc 9 morts sur 77 opérations.

CHAPITRE VII

Procédé de G. Richelot.

Hystérectomie totale.

« La malade est sur un plan incliné, le chirurgien à sa gauche.

« L'incision faite, l'utérus est attiré à l'aide d'une pince ; une valve large, placée vers le pubis, ouvre la plaie et donne du jour.

« Un lambeau péritonéal antérieur (fig. 12) est taillé pour refouler la vessie dans le petit bassin. Le doigt, en décollant le péritoine, met à nu le tissu paramétrique, au milieu duquel on voit par transparence l'artère utérine, dont on s'assure en plongeant une pince longue dans le tissu paramétrique pour la saisir (fig. 13).

« L'hémostase provisoire ainsi faite, je prends une pince à disséquer, des ciseaux, et j'attaque l'insertion vaginale ; je coupe obliquement, au jugé, en pénétrant un peu dans le tissu utérin, et j'ouvre ainsi le cul-de-sac antérieur. Aussitôt que l'ouverture est assez grande, je saisis le museau de tanche avec une pince à traction et je le sors du vagin en fléchissant le segment inférieur, ce qui me permet d'achever peu à peu l'incision circulaire et de libérer le col entièrement (fig. 14).

« La manière d'enlever les annexes dépend de leur volume et de leur disposition. Après avoir continué la section au ras de l'utérus, il est inutile de déchirer le feuillet antérieur du ligament large, de couper le ligament rond, d'entrer dans le tissu paramétrique, de rompre ou de sectionner quelques tractus fibreux tout près de la poche purulente, de glisser entre elle et la paroi pelvienne pour aller couper le bord supérieur du ligament large en dehors des annexes. Pour faire céder les adhérences profondes, décoller de bas en haut, vous avez des chances pour voir la trompe s'énucléer sans rupture. Décollez

de bas en haut pour respecter jusqu'au dernier moment la ligne

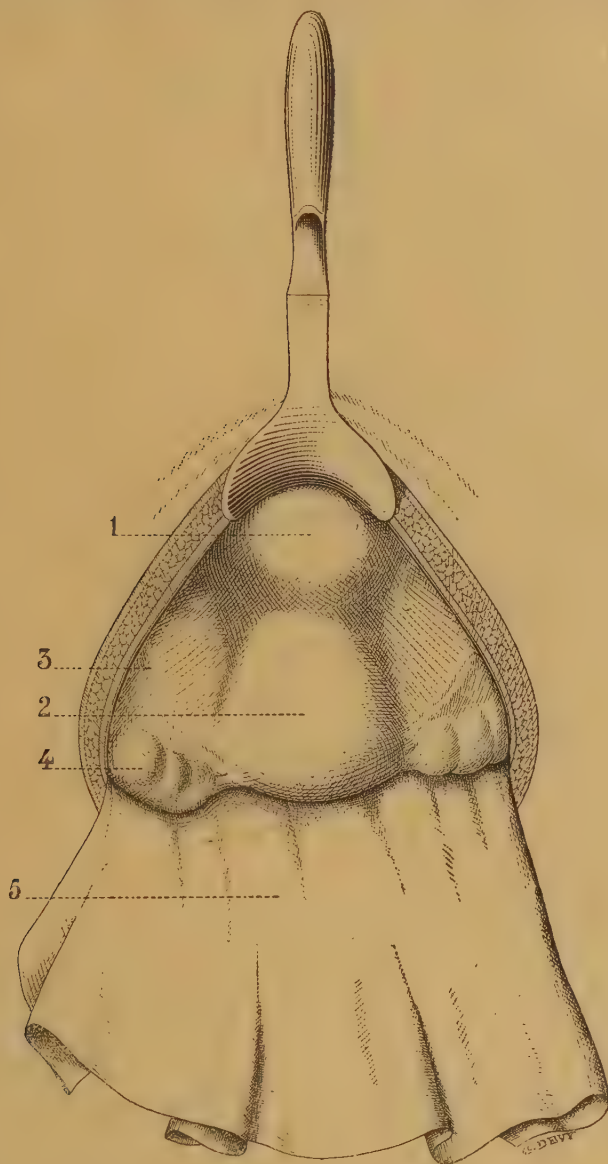


FIG. 12. — 1. Vessie. — 2. Utérus. — 3 Ligament rond. — 4. Pyosalpinx. —
5. Compresses protégeant l'intestin.

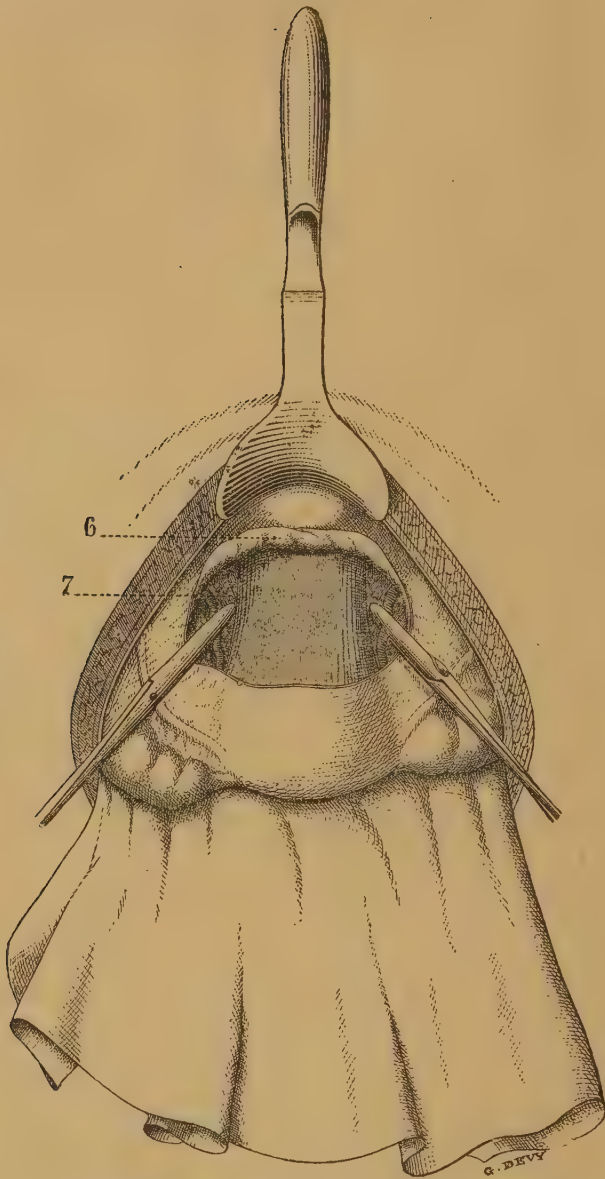


FIG. 13. — 6. Lambeau péritonéal antérieur refoulé dans le petit bassin. —
7. Artère utérine vue par transparence dans le tissu paramétrique et saisie par une
pince longuette.

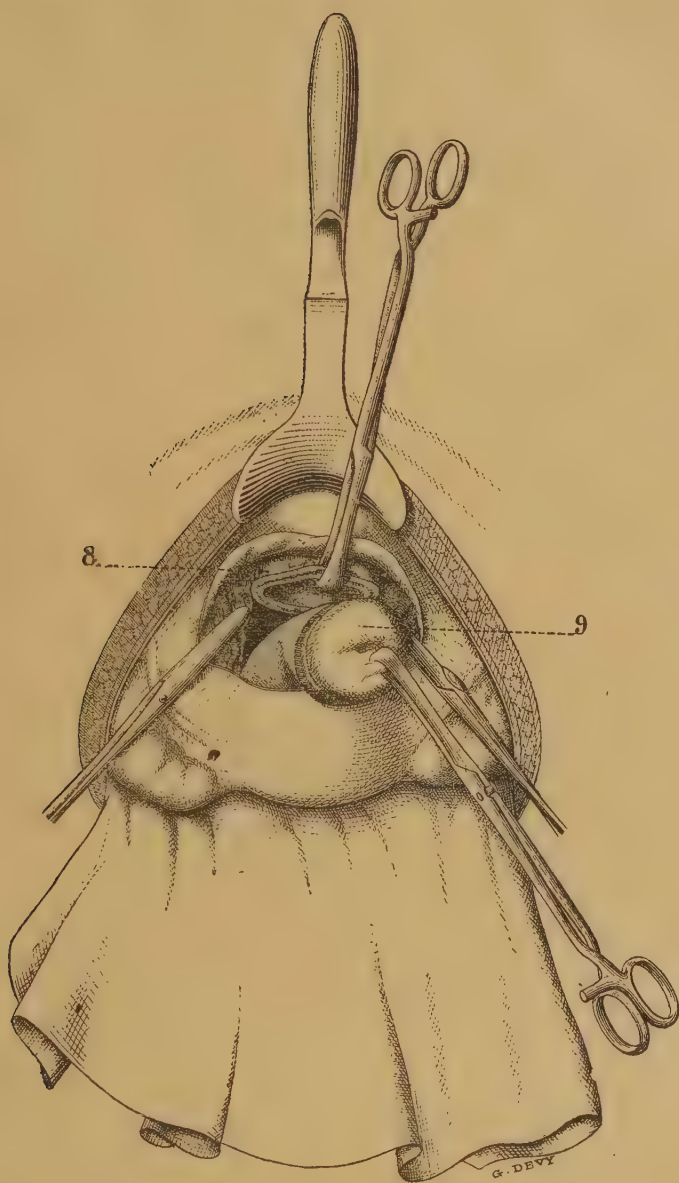


FIG. 14. — 8. Vagin séparé du col de l'utérus. — 9. Col saisi après l'ouverture du cul-de-sac antérieur, fléchi et disséqué.

d'adhérences la plus élevée et pour que la rupture se fasse du côté du petit bassin (fig. 15).

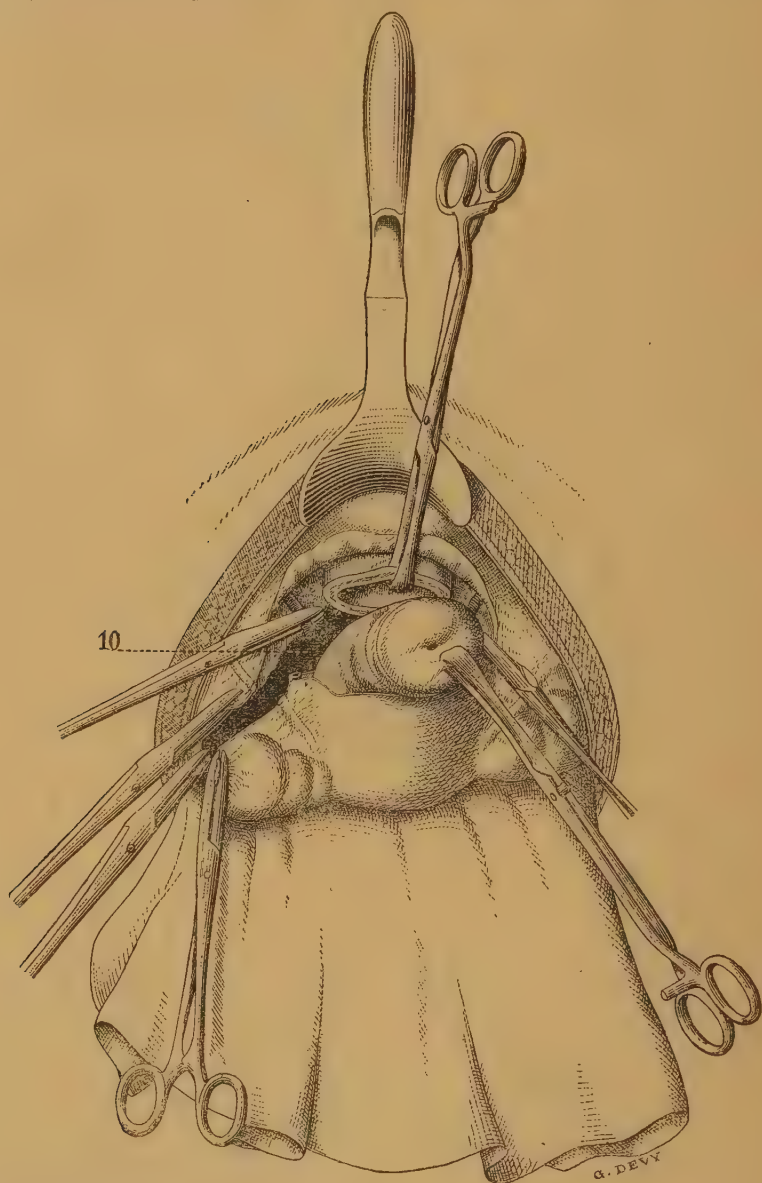


FIG. 15. — 10. Cavité pelvienne pendant l'énucléation des annexes de bas en haut.

« Si la rupture a lieu, je conseille de faire un lavage limité à la cavité pelvienne pour entraîner rapidement les matières septiques, plutôt que de laisser les surfaces péritonéales souillées jusqu'à la fin de l'opération.

« Quand on a détaché les annexes d'un côté, on répète la manœuvre du côté opposé et l'appareil utéro-ovarien est enlevé quelquefois d'un seul bloc. Il reste à faire l'hémostase définitive et le pansement de la cavité pelvienne.

« Si le péritoine a été parfaitement protégé et que le drainage soit superflu, on fait l'occlusion vaginale complète et c'est là un bon moyen d'arrêter le sang de la tranche postérieure. Vient ensuite le traitement des ligaments larges, en liant l'utérine au catgut et échelonnant quelques fils qui rapprochent les deux feuillets; enfin, la suture séro-séreuse avec le lambeau péritonéal antérieur rabattu sur le moignon vaginal. Mais si l'infection est à craindre, il faut autrement se comporter : l'utérine est liée de la même façon; mais le vagin reste ouvert pour drainer la cavité pelvienne, des mèches de gaze remplissent le petit bassin et traversent la plaie vaginale. Qu'on se rappelle bien le vrai rôle de la gaze : elle séquestre le foyer, mais elle ne fait pas le drainage ou, du moins, n'y suffit pas; elle devient, au contraire, une cause de rétention des liquides. Au tamponnement, il faut donc associer un large drain placé au milieu des mèches; il faut même, si l'inondation septique a été grave, ajouter un tube dans la plaie sus-pubienne. »

RÉSULTATS ET INDICATIONS. — Quand M. Richelot découvrit ce procédé à la Société de chirurgie en juillet 1897, il ne l'avait encore employé qu'un petit nombre de fois, « trop restreint, disait-il, pour pouvoir présenter en même temps une statistique qui soit un argument de valeur ». Depuis, il a eu l'occasion de pratiquer son opération un nombre de fois plus considérable, et il a bien voulu nous communiquer sa statistique. Il a fait 33 hystérectomies avec 3 morts. Dans 1 cas il fit l'hystérectomie par hémisection, suivant le procédé de Jean-Louis Faure. Dans les 32 autres, il a fait parfois le procédé américain, car, nous a-t-il expliqué lui-même, il ne veut pas employer son procédé systématiquement, et il le délaisse notamment lorsqu'après ouverture de l'abdomen il se trouve en présence d'une cavité pelvienne complètement comblée par les masses inflammatoires

rendant toute manœuvre d'ouverture du cul-de-sac antérieur trop pénible ou dangereuse.

Son procédé n'en reste pas moins excellent, étant de ceux qui ont le gros avantage de permettre de soulever les masses annexielles de bas en haut.

Sur 30 opérations il n'a à regretter que 3 morts, soit 9,9 p. 100.

CHAPITRE VIII

Procédé de Henri Hartmann (de Paris).

Hystérectomie totale.

Voici quelle est actuellement la technique de notre maître M. Henri Hartmann :

« Après désinfection de la paroi abdominale, de la vulve et du vagin lavés au savon, brossés, puis frictionnés avec un tampon et une solution de sublimé à 1 p. 2000, on place la malade sur le *plan incliné* à 45°, suivant la pratique tout d'abord conseillée en Allemagne, introduite simultanément en France par mon ami Henri Delagenière (du Mans) et par moi dès la fin de 1890, pratique à peu près universellement acceptée aujourd'hui.

« L'*incision* de la peau commence à 1 centim. au-dessus du pubis et s'arrête à 1 centim. au-dessous de l'ombilic. Le tissu cellulo-graisseux, la ligne blanche sont successivement sectionnés ; le péritoine, soulevé entre deux pinces, est ouvert. Ce dernier est repéré par quatre pinces à pression, et les lèvres de l'incision faite sont rétractées avec des écarteurs en fil de laiton.

« Par suite de la position élevée du bassin les anses intestinales, si la malade est bien endormie, tombent du côté du diaphragme ; ce transfert des anses peut, du reste, être facilité par le placement de compresses aseptiques, en général au nombre de trois, l'une médiane allant de l'angle ombilical de la plaie au promontoire ; les deux autres latérales, étendues des lèvres droite et gauche de l'incision à la partie la plus interne des fosses iliaques. *Le champ opératoire est ainsi parfaitement limité*, et l'on peut manœuvrer sans risquer de contaminer la grande cavité péritonéale en crevant des poches suppurées.

« L'opérateur, placé à droite de la malade, commence la libération

des annexes sur la ligne médiane, dégageant avec l'index gauche, aidé au besoin des ciseaux ou du bistouri, d'abord le fond, puis la face postérieure de l'utérus ; il continue cette libération jusqu'au fond du

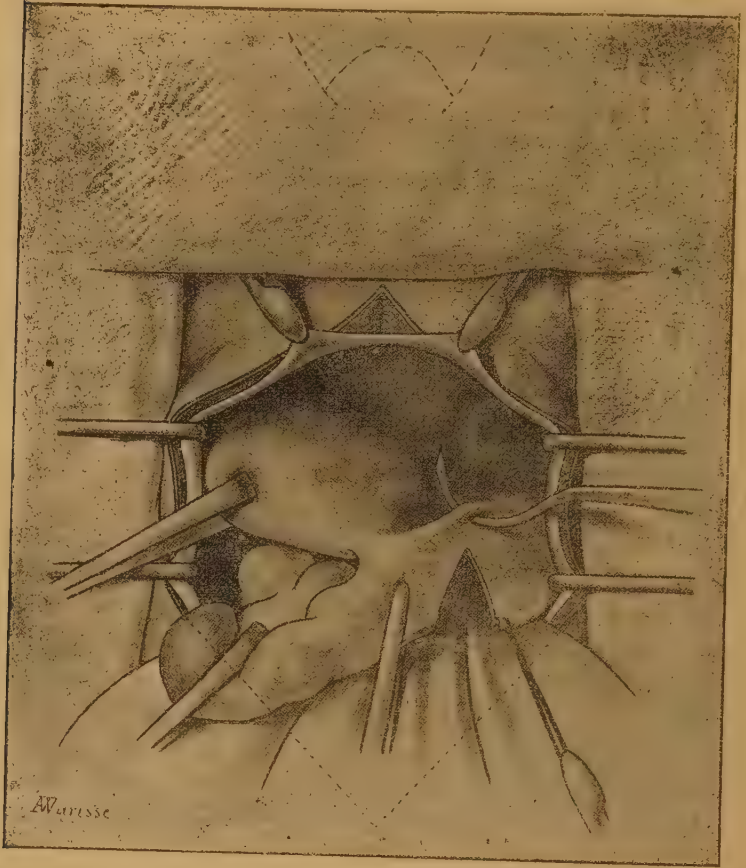


FIG. 16. — L'artère utéro-ovarienne est liée près du bord de l'excavation ; une pince est placée sur elle du côté de l'ovaire ; l'artère est sectionnée entre la ligature et la pince ; une aiguille charge le ligament rond.

cul-de-sac de Douglas ; puis retourne les doigts, la pulpe à droite, pour accrocher et décoller de bas en haut les annexes droites sans s'inquiéter de l'existence des poches suppurées qui se crèvent pendant le décollement. L'intestin est protégé contre toute infection par la

barrière que font les compresses stérilisées qui le recouvrent.
« Lorsque cette libération est terminée, on attire fortement les annexes au dehors. Une pince de Kocher étant placée immédiatement en dehors de ces annexes, on place avec une aiguille courbe une fine

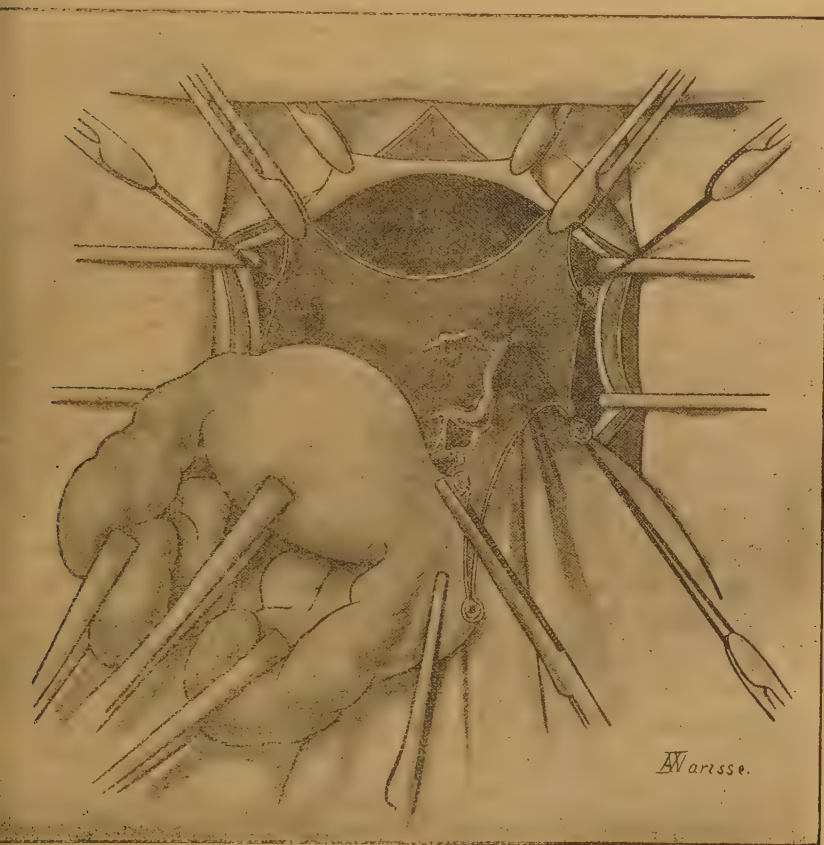


FIG. 17. — Découverte et ligature de l'artère utérine.

soie sur les vaisseaux utéro-ovariens, on les lie ; puis d'un coup de ciseaux on coupe le ligament large entre la ligature et la pince (fig. 16). Un deuxième fil est placé sur le ligament rond que l'on coupe de même entre une ligature et une pince. Le ligament large peut alors être sectionné vers le milieu de sa hauteur jusqu'au voisinage de

l'utérus sans qu'on ait de ligatures ni de pinces à poser, l'artère utéro-ovarienne et la petite artériole du ligament rond étant les seules qu'il contienne jusqu'au voisinage de l'utérus où monte l'artère utérine qu'on doit ménager dans ce temps opératoire.

« Des manœuvres identiques sont faites du côté opposé.

« Il faut alors, si des poches suppurées se sont rompues dans l'excavation, nettoyer rigoureusement celles-ci avec des tampons trempés dans une solution de sublimé, puis avec de la gaze aseptique, tamponnant même les parties avec cette dernière et laissant en place le tampon pendant quelques instants s'il persiste un suintement provenant du décollement des adhérences.

« Pour *extraire l'utérus*, on l'attire fortement en haut, ce qui est toujours facile, le pédicule hypogastrique n'empêchant pas son ascension qui n'est plus limitée par le court cordon utéro-ovarien sectionné près de la paroi pelvienne.

« On rejoint par une incision superficielle du péritoine passant en avant de l'utérus, au-dessus de la vessie, les extrémités des incisions des ligaments larges, droit et gauche. Avec l'ongle on décolle et on refoule en bas et en avant la vessie. Puis, poussant plus loin le décollement sur les côtés de l'utérus, on relève aussi une sorte de grand lambeau péritonéal antérieur et on arrive sur le pédicule hypogastrique de l'utérus qui, par le fait de la traction de l'organe en haut, s'écarte de l'uretère, et se présente à l'opérateur. La ligature de l'artère utérine doit être faite le plus possible en dehors, afin de porter sur le tronc avant qu'il n'ait donné des branches longues cervico-vaginales (fig. 17).

« Les artères utérines coupées, il ne reste plus qu'à détacher l'utérus de ses insertions vaginales.

« Pour cela, avec une pince à traction on tire fortement l'utérus sur le pubis, le basculant en avant en même temps qu'on l'attire en haut. On rend ainsi le cul-de-sac vaginal postérieur facilement accessible. Un aide fait saillir cette paroi vaginale postérieure en introduisant par la vulve une pince légèrement courbée sur le plat et à mors longs. Entre les mors de cette pince entr'ouverte l'opérateur, d'un coup de bistouri, fend la paroi vaginale suivant une direction antéro-postérieure. Deux pinces à branches un peu longues repèrent l'incision vaginale. Avec une pince à traction placée sur l'isthme utérin on attire le

col vers la boutonnière faite au vagin ; on agrandit en T l'incision ; puis, avec une pince d'un modèle spécial (fig. 18), on saisit solidement la portion vaginale du col pour l'attirer en haut et en arrière à travers la

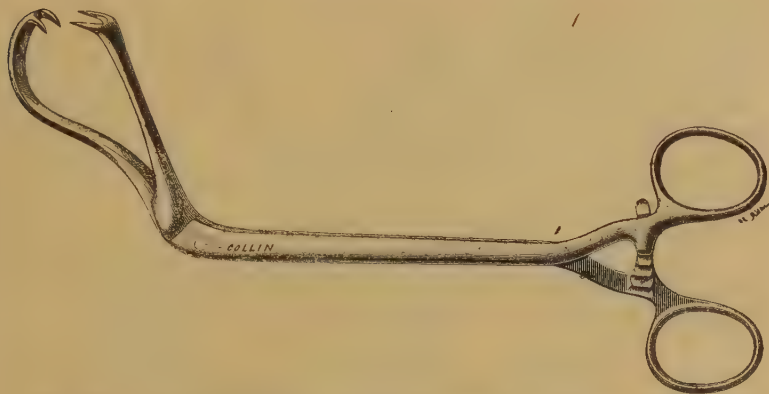


FIG. 18. — Pince pour saisir le col par la boutonnière vaginale postérieure.

boutonnière créée. Le col, bien fixé dans cette pince, peut alors être manié dans toutes les directions (fig. 19). Exposant les parties sous les yeux on sectionne successivement, avec des ciseaux courbes, le vagin à droite, en avant, puis à gauche. L'utérus et les annexes sont alors entièrement libérés et peuvent être enlevés.

« Il ne reste plus qu'à *reconstituer le plancher pelvien* en enfouissant les ligatures artérielles, fermant le vagin et recouvrant de péritoine les surfaces cruentées.

« Après avoir abstergé le vagin avec un tampon imprégné de sublimé, on y introduit par son extrémité abdominale une lanière de gaze iodoformée ; puis on le ferme par 5 ou 6 sutures au catgut comprenant toute l'épaisseur de ses parois.

« Ramenant ensuite par-dessus ce premier rang de sutures vaginales le lambeau péritonéal antérieur, on suture ce péritoine antérieur au milieu à celui de la face postérieure du vagin et, sur les côtés, au feuillet postérieur des ligaments larges, recouvrant ainsi les ligatures vasculaires et les parties cellulaires mises à nu (fig. 20).

« La paroi abdominale est ensuite fermée par une suture à trois étages : les deux profonds, au catgut ; le superficiel, au crin.

« Pour peu que les lésions soient septiques, les surfaces de décorti-

cation étendues, nous faisons le *drainage* abdominal avec un gros drain de caoutchouc, cherchant autant que possible à limiter le foyer

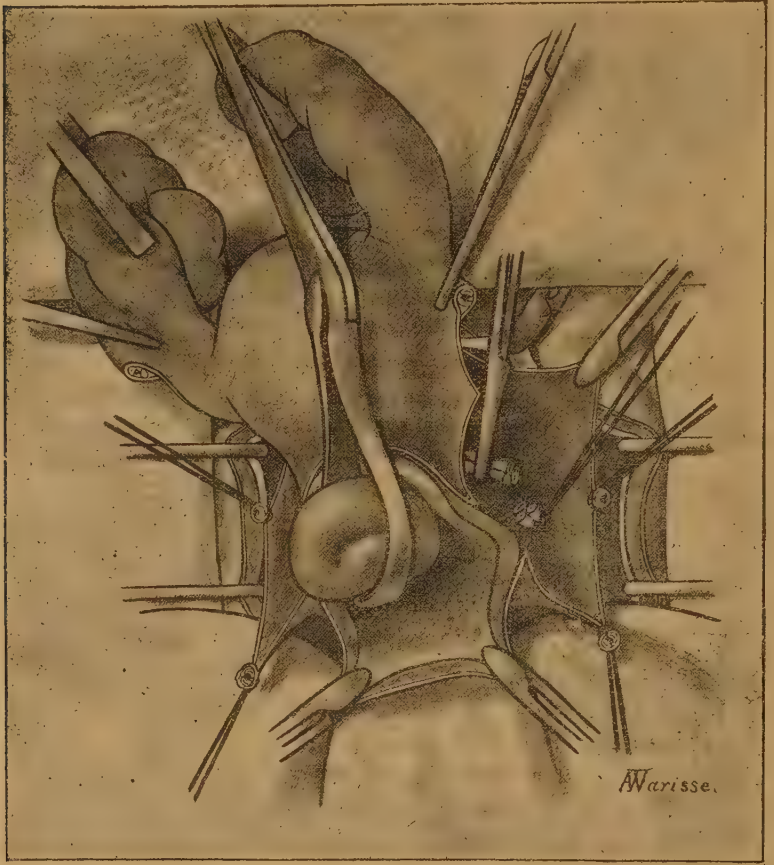


FIG. 19. — Le vagin est ouvert; le col saisi et attiré; la désinsertion vaginale commencée à droite.

en mettant en rapport les unes avec les autres les parties dénudées par la décortication et ramenant l'épiploon à leur niveau.

« Si après l'opération la température reste normale, nous enlevons le drain dès que le suintement sanguin a cessé, du deuxième au quatrième jour. Si le suintement est abondant nous faisons, chaque

jour, l'aspiration des liquides en introduisant dans la cavité du drain une petite sonde rouge au pavillon de laquelle nous ajustons le tube aspirateur de l'appareil Potain.

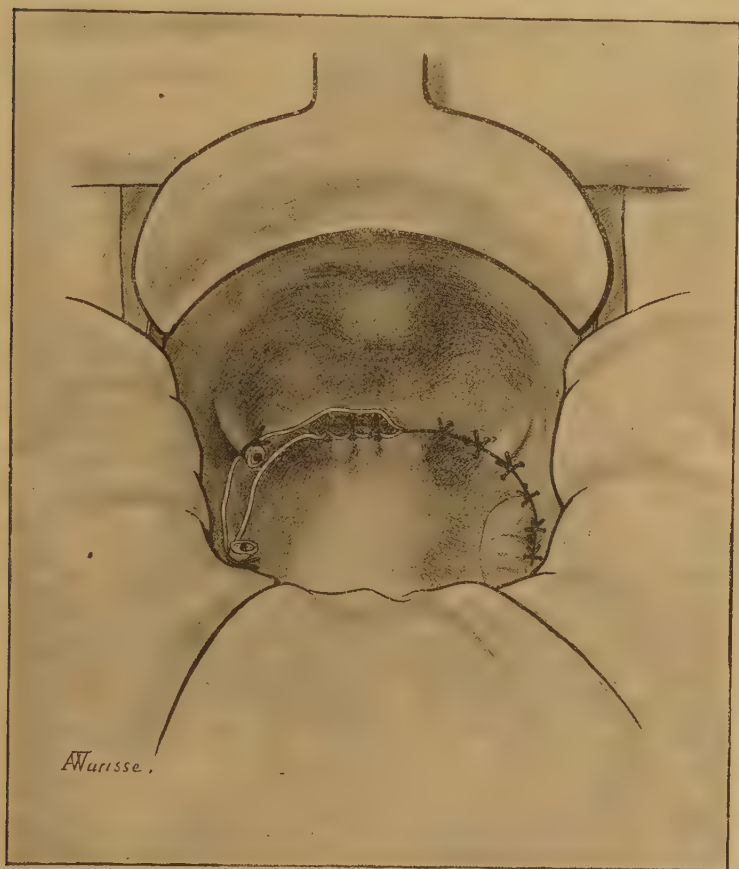


FIG. 20.— Fin de l'opération. A droite, la suture péritonéale est faite, l'ovaire sain est conservé ; à gauche, on voit le premier plan de sections vaginales que ne cache pas encore la suture péritonéale.

RÉSULTATS. — La statistique de notre maître M. Hartmann est la meilleure de toutes celles que nous avons trouvées.

Il a bien voulu, et nous ne saurions trop l'en remercier, nous la donner complète : depuis le 1^{er} octobre 1896 jusqu'au 1^{er} mai 1901 il

a pratiqué la castration totale 44 fois pour lésions suppurées avec 1 mort, et 23 fois pour lésions non suppurées avec 0 mort, ce qui donne 67 opérations avec 1 mort, soit 1,49 p. 100. Encore son cas de mort est-il dû à une faute d'un aide inexpérimenté qui ayant, malgré qu'il fût prévenu, dérangé les compresses qui protégeaient le champ opératoire permit à du pus très virulent d'infecter une anse grêle, point de départ de l'infection péritonéale septique qui entraîna la mort de la malade.

Sur 39 malades revues, une seule, tuberculeuse, avait gardé une fistule pyostercorale. Toutes les autres sont radicalement guéries.

CHAPITRE IX

Procédés de Jean-Louis Faure (de Paris) (1).

I^o *Hystérectomie totale par hémisection de l'utérus.* — II^o *Hystérectomie supra-vaginale par hémisection utérine.*

Le chirurgien se place à gauche de la malade mise en position déclive.

« Une fois l'incision faite, on maintient le ventre largement ouvert par une grande valve sus-pubienne et l'on protège bien l'intestin par des compresses. Avec la main on reconnaît et on saisit le fond de l'utérus avec des pinces solides qui mordent chacune un peu en dehors de la ligne médiane. On incise alors le péritoine sur la face antérieure de l'utérus, au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, et on repousse la vessie vers le bas, de façon à n'avoir plus à s'en occuper.

« Avec de forts ciseaux droits, on sectionne alors l'utérus sur la ligne médiane, du fond vers le col (fig. 21). Cette section, extrêmement simple, qui se fait sans hémorrhagie, si l'on se tient bien exactement au milieu, demande simplement, dans certains cas, un peu d'attention, afin que la branche postérieure des ciseaux ne blesse pas les poches salpingiennes qui pourraient se trouver dans le cul-de-sac postérieur. En trois ou quatre coups de ciseaux, la section est complète. L'utérus est alors partagé en deux moitiés, et le vagin se trouve tout naturellement ouvert en avant et en arrière sur la ligne médiane. Les tranches utérines sont saisies de chaque côté par une nouvelle pince, deux au besoin.

(1) Les figures du procédé de Jean-Louis Faure sont inédites. Elles m'ont été très aimablement prêtées par l'auteur et son éditeur, M. Doin, que je remercie ici ; J.-L. Faure les a fait dessiner pour illustrer son procédé dans un livre sur les *Annexes*, qui va paraître.

« Quand on a pénétré dans la cavité utérine, il n'y a plus qu'à la suivre en se tenant sur la ligne médiane et l'on arrive sûrement dans le vagin; l'on peut, à la rigueur, guider les branches des ciseaux le long

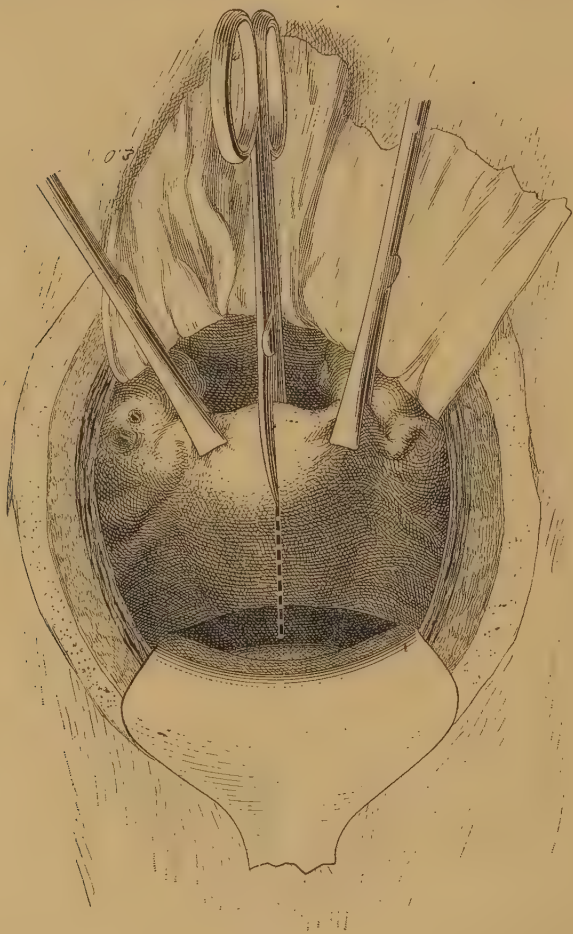


FIG. 21.

d'une sonde cannelée glissée au préalable dans l'ouverture du fond de l'utérus. Suivre rigoureusement la direction de la cavité de l'utérus est une condition *sine quâ non* pour tomber dans celle du vagin, exactement au milieu, à égale distance des deux uretères que l'on ne

risquera pas de léser. Le plus difficile est parfois de trouver le fond du vagin et son milieu, alors qu'il est caché ou repoussé dans une situation anormale par des adhérences.

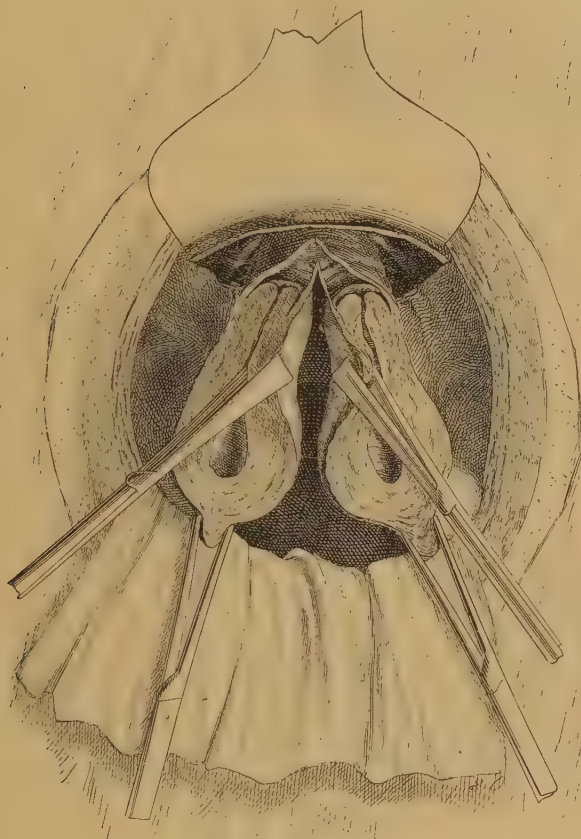


FIG. 22.

« Si les annexes adhèrent fortement, ainsi que cela est fréquent, à la face postérieure de l'utérus et qu'il soit impossible de les en séparer sans courir le risque de les ouvrir, on ne pourra pas glisser entre elles et la paroi utérine la branche des ciseaux. Il faut alors sectionner le

corps de l'utérus au bistouri en allant de la cavité vers la séreuse. L'ouverture de la cavité utérine dans le champ opératoire n'aura aucune importance au point de vue de l'infection possible, si, suivant

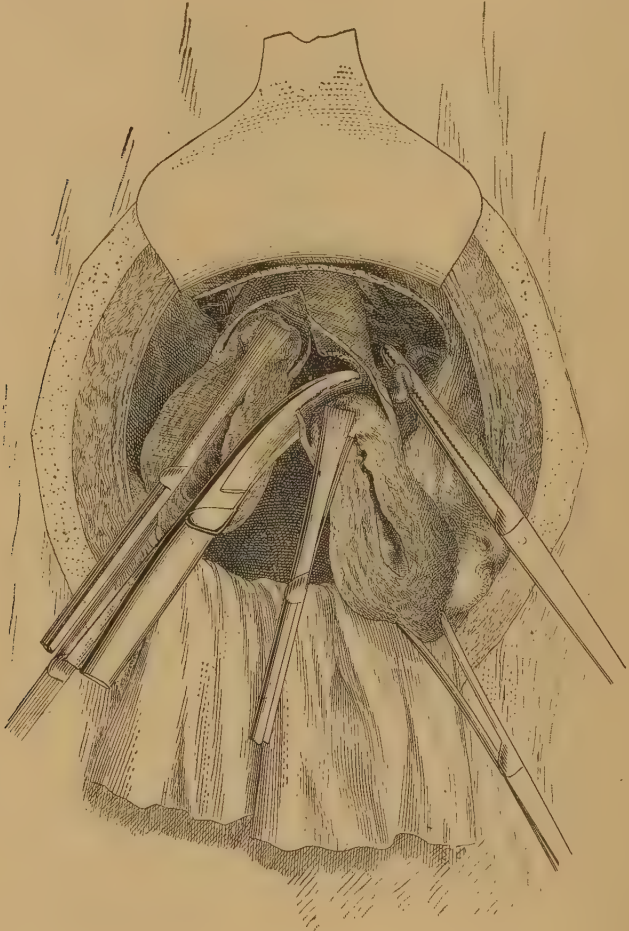


FIG. 23.

le conseil de M. Faure, on a pris soin de plonger à travers l'ouverture faite par le premier coup de ciseaux la lame large d'un thermocautère que l'on promène dans tous les sens et jusque dans les cornes utérines.

« Une bonne pince est alors amarrée de chaque côté du col (fig. 22), et l'on commence à extirper l'une des moitiés utérines avec les annexes qui lui sont fixées, en commençant par le côté qui semblera le plus favorable. Quand on a le choix, je crois qu'il vaut mieux s'attaquer au côté droit. Le moignon cervical de ce côté étant fortement attiré en haut, on sent une bride résistante qui limite son ascension. C'est la moitié droite de la paroi vaginale qui s'insère en ce point sur le col et le retient dans la profondeur. Un coup de ciseaux sur cette bride résistante au ras du col, et celui-ci se laisse immédiatement attirer vers le haut (fig. 23).

« A partir de ce moment, il n'y a plus d'obstacles et la moitié utérine à laquelle on s'est attaqué va se dérouler peu à peu en se retournant, en se décollant de la paroi pelvienne et en entraînant avec elle les annexes. Il y a bien tout près du col l'artère utérine, mais rien n'est plus simple que de la couper, en la pinçant avant ou après sa section suivant qu'on verra bien ou mal. On ne risque rien. Il suffit de ne pas s'écarter du bord de l'utérus.

« L'insertion vaginale et l'artère utérine étant sectionnées, toutes les parties à enlever se décollent, se déroulent, je le répète, avec une surprenante facilité. Et si les annexes présentent quelques adhérences avec les parties voisines, elles sont beaucoup plus faciles à décortiquer que lorsque l'on s'attaque directement à elles, parce qu'on les tourne pour ainsi dire et qu'on les attaque de bas en haut et de dedans en dehors, c'est-à-dire en des points où on peut emporter avec elles le feuillet péritonéal auquel elles adhèrent et où elles sont très faciles à mobiliser (fig. 24). Si quelques adhérences avec l'intestin restent encore, on les détruira avec les précautions ordinaires. En tout cas, on ne s'occupe d'elles qu'à la fin, lorsque leur mobilité rend les manœuvres plus faciles et plus innocentes. Dans ces conditions, la masse à enlever ne tient plus que par le ligament rond qu'on a pu parfois couper un peu plus tôt, et par le pédicule des vaisseaux utéro-ovariens, que l'on coupe directement, ou après l'avoir étreint avec une pince ou simplement avec ses doigts.

« L'opération étant terminée du côté droit, il ne reste qu'à répéter, du côté gauche, une opération identique. Elle est non moins rapide et non moins facile.

« Lorsque l'utérus et ses annexes sont enlevés et les quelques

vaisseaux liés au catgut, on termine l'opération comme dans les procédés ordinaires, en suturant le péritoine et en fermant le vagin ou le laissant ouvert, suivant les préférences de chacun. Pour ma

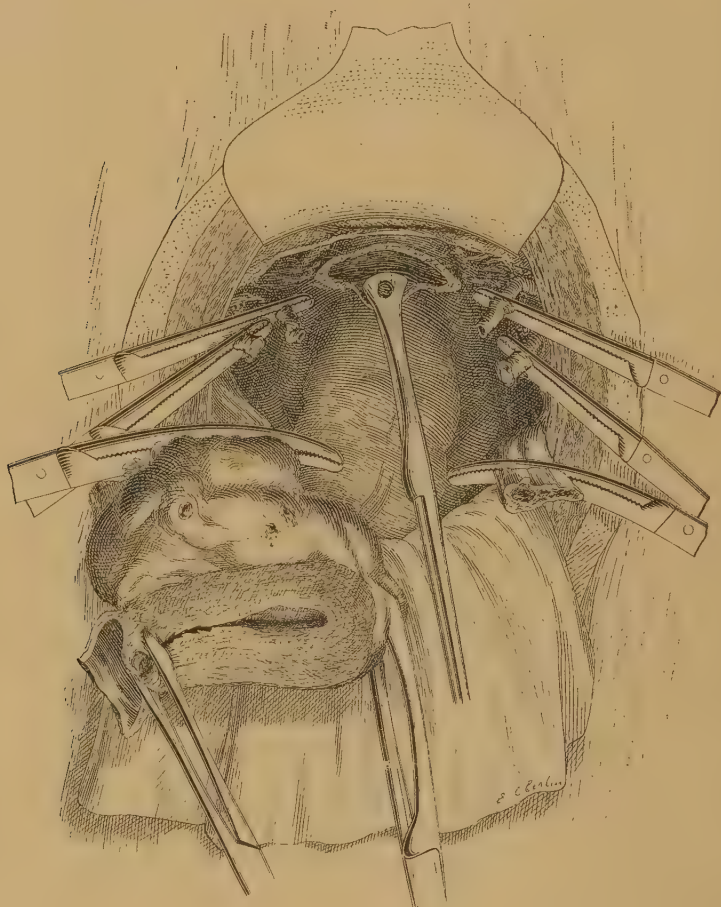


FIG. 24.

part, je le laisse ouvert. Un drainage vaginal avec un tube large et une longue mèche iodoformée complète l'opération.

« Le ventre est refermé comme à l'ordinaire. »

Modification au procédé type. Hystérectomie supra-vaginale par hémisection.

Dans un cas où l'utérus était déformé et coudé, il fut impossible

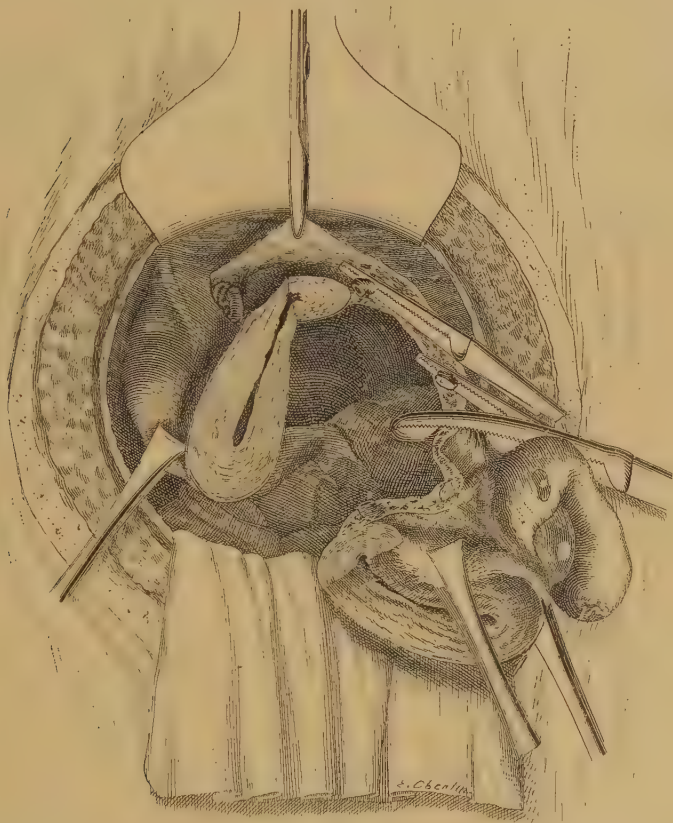


FIG. 25.

d'arriver au vagin ; il fallut donc s'arrêter nécessairement au niveau de l'isthme, et M. Faure termina son opération en laissant le col, c'est-à-dire en faisant une supra-vaginale que je qualifierai de « supra-vaginale de nécessité ». Chez deux autres femmes où il

n'eut pas la main ainsi forcée, de propos délibéré, il agit de même (observations XIII et XXXII de la thèse de Pétron, Paris, 1897). Depuis, reconnaissant de grands avantages à la conservation du moignon cervical, M. Faure fait souvent une hémisection supravaginale (fig. 25).

RÉSULTATS. — Sur un total de 37 observations, Faure a eu six morts, dont deux survenues chez des femmes opérées presque mourantes.

Nous connaissons 20 autres cas d'hémisection dus à divers chirurgiens, qui tous ont été séduits de la commodité donnée par l'hémisection, dont nous avons déjà montré les avantages. Dans une note manuscrite, M. Richelot nous dit trouver que ce procédé est excellent « et peut-être bien le meilleur ».

CHAPITRE X

Procédé de Howard A. Kelly (de Baltimore).

Hystérectomie supra-vaginale par incision continue de gauche à droite ou de droite à gauche.

L'incision sur la ligne blanche est de 10 à 15 centim. si les parois sont minces, un peu plus longue si elles sont épaisses.

« Si l'épiploon est adhérent, on le dégage le premier en liant les points saignants et l'on enlève soigneusement avec des éponges tout liquide libre. On place la malade en position déclive et l'on protège le petit intestin et le côlon iliaque par des compresses de gaze. L'on procède à une inspection soignée de la cavité pelvienne ainsi pleinement exposée à la vue et l'on détermine l'étendue des lésions des deux côtés, quel est le côté le plus malade, la position exacte de l'utérus et les relations de l'utérus avec les annexes malades ; l'on voit si oui ou non il est possible de faire une opération conservatrice.

« Si c'est un cas de pelvi-péritonite avec des adhérences longues, pareilles à un voile, attirant en arrière l'utérus, les ovaires et les trompes, nous dit Kelly, je commence l'énucléation en saisissant le corps de l'utérus dans les mors d'une pince et le tirant vers l'angle pubien de l'incision pour placer les adhérences dans l'extension. Ces adhérences peuvent céder promptement, et si cela a lieu, je prends simplement toute la face postérieure libre de l'utérus avec mes doigts, saisissant et rompant les adhérences une à une, aussi près que possible de l'utérus. Attirant alors l'utérus à droite et en avant, je tends les adhérences du côté gauche, de telle manière que la trompe et l'ovaire peuvent être aisément libérés, attirés en haut et isolés du ligament large. On libère les annexes droites par la même manœuvre en sens inverse.

« Si les adhérences de la face postérieure et du côté ne cèdent pas facilement, il faut se servir des ciseaux, bien exposer les adhérences en tendant l'utérus vers soi, faire maintenir le rectum en arrière au moyen des doigts ou d'un tampon monté sur une pince et couper tout près de l'utérus les adhérences l'une après l'autre. L'on peut, de la même façon, séparer les adhérences qui unissent l'ovaire et la trompe au rectum et à la paroi pelvienne. Lorsque les adhérences sont généralisées, denses et serrées, le chirurgien doit soigneusement inspecter le champ opératoire avant de commencer toute énucléation, afin de pouvoir pénétrer au point de moindre résistance, qui sera souvent trouvé au point où les trompes plongent profondément dans le cul-de-sac postérieur et se perdent au milieu des adhérences. En introduisant d'abord un doigt, puis deux, et en dégageant d'un côté à l'autre, on est assuré d'avoir une prise sur l'utérus et la surface inférieure de l'ovaire et de la trompe adhérents sur son flanc. Les adhérences épaisses cèdent, par ce procédé, très fréquemment, en les prenant de bas en haut, alors qu'il semblait impossible de passer à travers elles sur le bord de la paroi pelvienne.

« Pour séparer les adhérences particulièrement denses, il faut avoir pour principe constant de couper le plus près possible de l'organe qui sera enlevé. C'est ainsi qu'en libérant l'utérus du rectum dans une hystérectomie, un morceau de l'utérus serait laissé sur le rectum plutôt que de risquer de le blesser en essayant de couper exactement entre les deux.

« Dans certains cas, l'utérus, les ovaires et les trompes gisent entièrement enfouis dans un amas compact d'adhérences. L'on peut déterminer la situation de l'utérus en prenant d'abord pour point de repère le rectum et ensuite en introduisant une sonde dans la vessie pour fixer sa limite postérieure, puis en disséquant avec soin, avec une pince et un bistouri ou des ciseaux, la région délimitée par ce moyen. Plus bas, les adhérences deviennent souvent moins épaisses et peuvent être séparées par les doigts ; ainsi se trouve créé un large orifice dans lequel l'utérus peut être trouvé ; on continue la dissection jusqu'à ce que tout l'utérus avec ses annexes soit amené hors de sa loge.

« Dans d'autres cas encore, le rectum adhérent à la vessie recouvre l'utérus, les ovaires et les trompes, mais l'on peut détruire cette fusion

des deux organes et entre les deux, repoussant la vessie en avant et le rectum en arrière, on peut libérer les organes du petit bassin disséqués ainsi sur une étendue aussi grande que possible. Si, pour obtenir la séparation des deux viscères, il fallait sacrifier une partie de la paroi de l'un d'eux, ce sacrifice serait fait aux dépens de la vessie.

« Enfin, si en raison de leur épaisseur il est impossible de détruire sans danger toute les adhérences par en haut, plutôt que d'employer les deux premiers moyens indiqués, il faut chercher à aborder les vaisseaux de l'ovaire qui peuvent toujours être trouvés à l'extrémité externe du ligament large, en tirant à soi l'S iliaque.

« Une fois les vaisseaux utéro-ovariens isolés, ils seront pincés et liés du côté de l'utérus et de la paroi pelvienne, puis sectionnés entre ces deux ligatures. L'incision sera continuée suivant la direction oblique du ligament rond vers l'utérus. Le ligament rond pincé tout près de l'utérus sera sectionné à environ 2 centim., et l'on aura ainsi complètement détaché le sommet du ligament large. La trompe et l'ovaire adhérents peuvent alors être abordés de front et libérés; on les séparera d'abord du ligament large en les prenant en bas sur le plancher pelvien. Tout d'abord on rompra leurs adhérences à la paroi pelvienne, et quand ceci sera fait, on les détachera de bas en haut. Dans ces différents cas, une fois les adhérences rompues, l'utérus et ses annexes libérés, il faut compléter l'ablation de ces organes, et commençant par le côté gauche procéder aux temps suivants :

- « 1^o Section et ligature des vaisseaux;
- « 2^o Section et ligature du ligament rond;
- « 3^o Libération du péritoine vésico-utérin de gauche à droite qui sera bien repoussé en bas avec la vessie permettant :
- « 4^o La mise à nu de l'artère utérine gauche;
- « 5^o Ligature dans la région du col utérin de l'artère et des veines utérines;
- « 6^o Amputation de l'utérus à travers la partie cervicale;
- « 7^o Traction en haut et en dehors de l'utérus, pincement des vaisseaux utérins droits au delà du moignon utérin, du ligament rond et des vaisseaux ovariens, ablation de l'utérus;
- « 8^o Ligatures sur les pincées placées sur le côté droit;
- « 9^o Fermeture du moignon cervical;

« 10° Suture des lèvres des ligaments larges et du péritoine vésical attirées au-dessus du moignon.

« Je commence la section par la mise à jour des vaisseaux de l'ovaire gauche, à l'extrémité externe du ligament large sous l'S iliaque que l'on trouve souvent adhérent à ce point qu'il recouvre, et dont il peut être séparé en l'attirant à soi pour tendre un peu et couper les adhérences. Les vaisseaux mis à nu sont pincés du côté de l'utérus, liés avec un fil de soie passé à travers l'espace libre sur le côté pelvien et coupés entre la pince et la ligature obliquement en divisant le ligament rond qui s'attache à l'utérus. L'incision doit passer assez loin du fil, au moins à 1 centim. pour ne pas courir le risque de le voir tomber du moignon qui est abandonné. Je lie ensuite le ligament rond à environ 2 centim. (trois quarts de pouce) de l'utérus, du côté duquel je place une pince et je coupe également entre les deux. Ces deux sections permettent l'ouverture du sommet du ligament large.

« La ligne de réflexion du péritoine vésical sur l'utérus commence juste au-dessous du ligament rond et s'enfonce profondément dans la cavité pelvienne s'étendant en une ligne concave vers le côté opposé. Si l'on ne constate pas tout d'abord cette ligne de réflexion par le contraste marqué entre la couleur brun-rouge de l'utérus et le péritoine vésical plus blanc, on la trouvera en attirant à soi la vessie avec une pince et en marquant la limite entre la portion mobilisable de la vessie et celle fixée contre l'utérus. Souvent l'on trouve une fausse ligne de réflexion du péritoine vésical au-dessous du fond de la vessie ; elle apparaît formée par des adhérences péritonéales qui, une fois disséquées, montrent un peu plus loin de l'utérus la véritable ligne.

« Le long de cette ligne, je détache maintenant le péritoine vésical, commençant au ligament rond gauche et continuant mon incision en bas suivant une ligne courbe sur la face antérieure de l'utérus jusqu'au ligament rond droit. Je prends alors l'utérus et ses annexes dans ma main gauche, ou bien avec une pince ; je tire fortement en avant, en haut et en dehors, vers le côté opposé pendant que de la main droite avec une éponge montée sur une pince je repousse le péritoine vésical au bas du col utérin.

« La force employée pour repousser le péritoine et accomplir cette décortication doit porter sur l'utérus et non sur la vessie qui par ce procédé sera aisément séparée du col utérin, et dans l'angle situé en

bas entre le col et le vagin l'artère utérine sera exposée avec les veines. Je mets ensuite le col à nu sur une longueur de 3 centim., je le saisis entre le pouce et l'index par devant et en arrière, je repère son extrémité inférieure que l'on sent distinctement à travers le cul-de-sac du vagin et je sens les battements de l'artère utérine de la même façon sur les côtés. Je la lie alors avec un fil de soie de moyenne

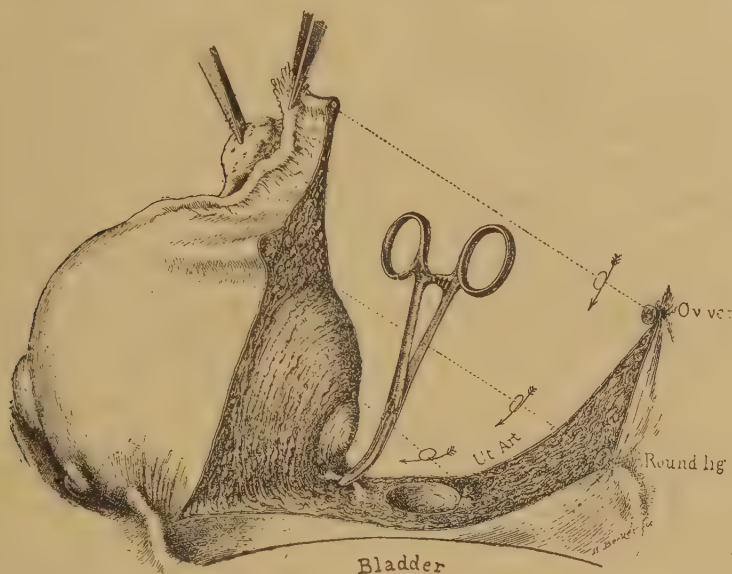


FIG. 26.

grosceur, passé très bas, près du col, d'avant en arrière. Étant alors tranquille pour les vaisseaux utérins gauches, je procède à l'amputation de l'utérus au-dessus du col avec un couteau à hystérectomie ou un bistouri très tranchant en attirant légèrement le corps de l'utérus et faisant faire à ma section un angle un peu plus élevé à droite. Aussitôt que la section du col est achevée, les deux parties commencent à se séparer jusqu'à ce qu'un intervalle de 2 ou 3 centim. existe entre elles, où l'on voit les vaisseaux utérins droits (fig. 26). Je les saisis et les lie à 1 centim. ou plus au-dessus du moignon cervical. Je soulève l'utérus encore plus haut et plus loin jusqu'à ce que j'aie coupé le ligament rond pincé près du fond. En dernier lieu, quand l'énucléation

est complète, je pince, coupe et lie les vaisseaux ovariens dans le ligament large près de la paroi pelvienne.

« Aussitôt que le col est coupé en travers, il est bon d'essuyer l'orifice du canal avec de la gaze ou de pousser un petit morceau de gaze iodoformée à travers le canal dans le vagin pour le nettoyer. Il est également nécessaire de préserver la plaie contre l'écoulement du contenu de la cavité utérine en plaçant sous celle-ci un morceau de gaze, et c'est chez moi une habitude constante de glisser, dans les cas où il y a du pus, une rondelle de gaze sous la trompe et l'ovaire aussitôt qu'ils sont libérés et sectionnés, afin d'éviter un contact permanent pendant l'opération, ou bien, au cours de celle-ci, l'échappement possible de n'importe quelle partie de leur contenu. D'ailleurs, aussi bien pour éviter d'en répandre le contenu que pour protéger le péritoine contre lui pour acquérir plus de place, il est toujours excellent de ponctionner toute masse kystique ovarienne ou tubaire.

« Après l'ablation de l'utérus et des organes qui lui sont annexés, le moignon cervical tombe sur le plancher pelvien.

« L'utérine droite et les vaisseaux ovariens sont liés avec de la soie, le ligament rond avec du catgut, et les pinces enlevées. En appliquant la ligature sur les artères utérines il faut prendre soin de ne pas pousser le nœud profondément en bas du côté du col, de peur de pincer l'uretère ; il est facile de lier en un point sûr les vaisseaux vus et saisis au-dessus de la base du ligament large.

« Il reste alors sur le plancher pelvien une surface dénudée en forme de croissant large au milieu et dont les extrémités se terminent en corne sur les deux parois pelviennes, au niveau des vaisseaux ovariens. A son centre se trouve le moignon cervical dont je ne désinfecte ni ne brûle la surface en aucune manière, sauf s'il y a eu écoulement de pus par le canal utérin. Il est suffisant de nettoyer ce moignon avec de la gaze propre. Je rapproche alors les deux bords de cette surface pour deux motifs : d'une part, pour obturer l'orifice du canal ; d'autre part, pour réprimer toute légère hémorrhagie. Dans ce but, je fais cette suture avec 4 ou 6 points de catgut, faisant passer la première suture au milieu de la lèvre antérieure, sans qu'elle prenne le péritoine vésical réfléchi, pour approcher par-dessus le canal cervical cette lèvre antérieure de la postérieure et faisant ressortir le catgut par la surface postérieure du moignon. Cette suture

est faite très étroitement. Si l'on voyait saigner quelques vaisseaux à la surface du moignon, on passerait à travers les lèvres des sutures de manière à ce qu'elles les étreignent une fois serrées. Deux ou trois points de suture sur chaque côté du point médian assurent un rapprochement bien exact, comme les lèvres d'une bourse. Puis, l'on coupe au ras toutes ces sutures et le moignon est repoussé en bas. Il convient alors de bien inspecter sous un bon jour toute cette surface en croissant, entre les bords du péritoine, pour voir si rien ne saigne. Tout point qui saigne doit être pris dans une pince et lié.

« Enfin je réunis les bords antérieurs du péritoine vésical réfléchi et des ligaments larges au péritoine postérieur par une suture continue au catgut, afin de recouvrir à la fois et le moignon et toute l'étendue dénudée. Cette suture est commencée au niveau des moignons ovariens et traverse le péritoine en des points distants d'un centimètre. Si cette longue suture est serrée avec soin à chaque point passé, elle fixe le péritoine sur le plancher pelvien et tend à arrêter tout suintement léger des bords de la plaie.

« Il est essentiel de ne réunir le péritoine antérieur au péritoine postérieur qu'après avoir maîtrisé tout suintement sanguin ; sinon il peut se former un hématome qui risquerait de se transformer en abcès et nécessiterait la dilatation du col par le vagin pour assurer son évacuation et son drainage. S'il y a une large étendue de surface cellulaire dénudée tendant à suinter, il est préférable de fermer le péritoine en laissant un tamponnement pour absorber le sang et le sérum épanchés.

« Quand le plancher pelvien est reconstitué après cette extirpation de l'utérus et des annexes, on y voit seulement la vessie et le rectum présentant entre eux sur une ligne concave le péritoine exactement réuni.

« Après fermeture complète de l'incision abdominale, on applique un pansement. »

AVANTAGES DE CE PROCÉDÉ. — Ce procédé est connu depuis longtemps en France. M. Segond l'a préconisé dans un article paru dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, de Pozzi (août 1897), après l'avoir vu employer en Amérique. J'ai cru devoir en donner une traduction exacte que je n'ai pu trouver nulle part et qui n'a pas encore été faite, je crois, sauf erreur de ma part. Ce

procédé est excellent, et nombre de chirurgiens lui accordent une grande faveur. Il a, en effet, des avantages certains. Un des plus importants est, à mon sens, et comme Kelly lui-même le dit d'ailleurs avec force, la facilité qu'il y a à attaquer les masses adhérentes sur le côté, à gauche de préférence, mais à droite aussi si les lésions sont là plus mobilisables. On trouve toujours ainsi un plan de clivage et, avantage considérable, on trouve toujours moyen d'enlever en bloc les lésions en les prenant de bas en haut.

Malgré les nombreuses adhérences intestinales ou autres, ceux qui ont employé ce procédé ont remarqué combien il est facile d'énucléer la masse inflammatoire soulevée par en bas, et combien cette technique offre de sécurité puisque les trois pédicules vasculaires de l'utérus sont successivement et méthodiquement saisis par des pinces. L'hémostase se fait loin de l'uretère et de la vessie ; le champ opératoire n'est pas encombré de pinces ; le plancher pelvien demeure intact, et la péritonisation a toutes chances d'être aussi complète que possible ; enfin, pas de pédicules encombrants et difficiles à hémostasier. Ces raisons suffisent amplement à justifier la faveur du procédé de Kelly qui, tel que nous l'avons décrit, ou avec des modifications réellement insignifiantes, jouit d'une juste réputation sous le nom de procédé américain.

RÉSULTATS. — Kelly a eu 4 morts sur 100 cas : dans un cas, par péritonite septique ; une fois par obstruction intestinale survenue au niveau d'un vieux rétrécissement annulaire de l'S iliaque. Enfin, une fois la mort est survenue du fait d'une déchirure de l'intestin dont la suture n'a pas tenu. La quatrième mort fut causée par une infection due au drainage trop tôt abandonné.

Kelly arrive, en somme, à une mortalité de 4 p. 100 seulement.

Modification du Dr SEGOND pour pratiquer par ce procédé l'hystérectomie totale.

Le Dr Segond, qui a préconisé fort le procédé de Kelly, déclare que ce procédé est également facile dans les cas où, désireux de drainer par le vagin, le chirurgien veut pratiquer l'ablation totale. Je ne crois pouvoir mieux expliquer la marche à suivre que lui, et je lui emprunte les quelques lignes suivantes : « Au lieu de trancher le col

de l'utérus, après section de l'utérine gauche, il suffit de poursuivre le décollement des parties molles au-dessous d'elle, et quelques coups de ciseaux conduisent très vite dans le vagin.

« On peut alors s'amarrer sur le col, l'attirer vers soi, le libérer de ses attaches vaginales, et terminer ensuite comme Kelly. »

M. Segond considère que la méthode américaine, simple et facile, peut être appliquée à tous les cas.

CHAPITRE XI

Procédé de Howard A. Kelly (de Baltimore).

(Hystérectomie par hémisection de l'utérus supra-vaginale.)

Dans son premier procédé *par incision continue de gauche à*



FIG. 27. — 1^{er} temps de l'hémisection de l'utérus : le fond de l'utérus est mis à découvert, les deux cornes sont saisies par des pinces et attirées en haut ; le trait noir indique le trait de section.

droite ou de droite à gauche, Kelly avait montré la facilité qu'il y

favorisé par le jour et la place que donne cette énucléation d'une masse qui encombre la plus grande partie du petit bassin.

Kelly s'étant trouvé en face de cas n'offrant pas un côté où le début de l'incision soit plus facile à pratiquer que sur l'autre, où tout le petit bassin est comblé par une masse adhérente, cas rendant son procédé difficile à exécuter, s'est ingénié à trouver mieux que sa



FIG. 29. — L'utérus est hémisectionné et la moitié droite, rejetée en dehors, est uniquement retenue par la corne correspondante. Cette figure montre avec quelle facilité il est facile d'attaquer par en bas l'ovaire et la trompe du côté droit.

première opération. Il est arrivé à pratiquer l'hémisection de l'utérus (fig. 27).

Il saisit le fond de l'utérus après avoir écarté les adhérences qui peuvent le masquer et ponctionne les masses kystiques qu'il trouve pendant cette recherche. Puis il pratique l'hémisection du corps jusqu'au plancher pelvien (fig. 28), fait une amputation supra-vaginale en coupant transversalement le col d'un côté ; une fois sa section faite, il voit entre la portion utérine attirée en haut et la portion

vaginale les vaisseaux utérins que l'on pince (fig. 29). Il soulève un peu plus, voit et lie le ligament rond, enfin place une pince entre la corne de l'utérus sectionné et la masse tubo-ovarienne. On enlève cette portion de l'utérus gauche par exemple si on a commencé par la gauche, puis de la même manière on enlève la portion droite. Il a alors des deux côtés les masses annexielles qui, dans les cas faciles, ont pu être enlevées avec la portion de l'utérus à laquelle elles



FIG. 30. — La cavité pelvienne après l'ablation de l'utérus. Les trompes et les ovaires restant en place et devant être extirpés ultérieurement.

répondent. Kelly se trouve alors dans la même situation que le chirurgien qui vient de pratiquer une hystérectomie sus-vaginale par le procédé de Terrier, après le temps où l'on enlève le corps utérin. Puis il enlève de bas en haut les annexes, toujours avec la facilité que donne cette façon de les détacher (fig. 30).

Il note que lorsque l'hémisection atteint le cul-de-sac vésico-utérin, on peut la prolonger si l'on veut, ouvrir le vagin et transformer cette hémisection supra-vaginale en hémisection totale.

Kelly dit encore textuellement ceci : « Quand l'utérus est en rétroflexion avec le fond enfoncé dans le bassin et que le col rapproché de la symphyse est plus accessible que le fond, on peut adopter le procédé suivant : on saisit l'utérus en un point quelconque de sa face antérieure et on l'attire vers l'incision ; on sectionne et on rabat le repli vésical du péritoine avec deux pinces, l'une en haut, l'autre en bas ; alors, à mesure que le col est attiré vers l'incision abdominale, on le sectionne avec soin perpendiculairement à son axe en

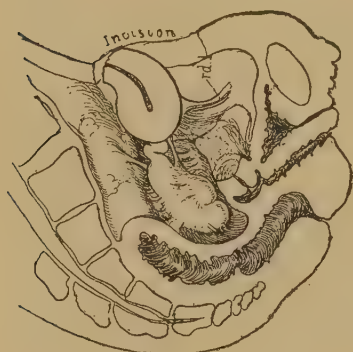


FIG. 31.



FIG. 32.

Ces deux figures montrent, ainsi que la figure 30, avec quelle facilité, dans les cas d'affection inflammatoire du bassin, l'utérus peut être basculé et enlevé sans tirailler la masse inflammatoire latérale.

séparant complètement du corps la portion vaginale. En écartant les bouts, on fait apparaître et on pince les vaisseaux utérins ; en soulevant la partie supérieure, on peut les pincer à un niveau plus élevé et plus éloigné de l'uretère. Alors l'utérus peut se sectionner de bas en haut et s'enlever comme il a déjà été dit, ou bien encore on peut l'enlever en masse en pinçant et sectionnant le ligament rond et la corne, d'abord d'un côté, puis de l'autre.

Et Kelly donne pour justifier la valeur de son procédé des raisons que je ne reproduis pas ici. En effet, cette hémisection de l'utérus, M. Jean-Louis Faure (de Paris) ne l'avait-il pas créée dans le procédé dont nous donnons la description immédiatement avant celle-ci ?

Évidemment oui ; il l'avait faite et Kelly n'y a rien ajouté. Il avait donné les raisons plus haut énoncées, et Kelly les répète toutes exactement ; ce serait nous redire que les redonner ici. Or il faut proclamer bien haut que Kelly, en décrivant son procédé pour la première fois, n'avait pas eu connaissance du travail de Jean-Louis Faure. C'est juste au moment où il allait publier son mémoire que Kelly lut celui de Faure, et il termine son travail en l'avouant et en disant lui-même que la priorité revient au chirurgien français

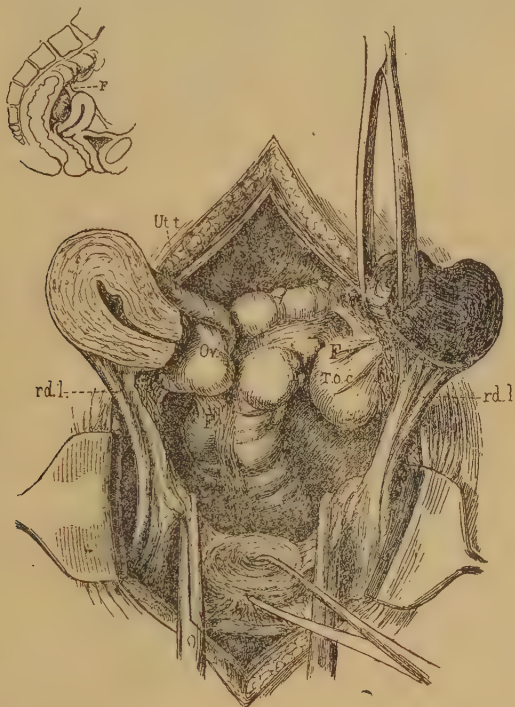


FIG. 33. — État des organes dans un cas avec fistules allant des trompes au côlon iléo-pelvien et au rectum. L'utérus hémisectionné est attiré complètement en dehors de l'abdomen.

qui est du premier coup arrivé à la perfection, et dont la technique ne diffère de la sienne que par les petits points suivants :

1° Faure détache la vessie dans un temps préliminaire à l'hémisection.

2° Il cherche à enlever les annexes d'un seul coup avec la moitié de l'utérus qui leur correspond.

3° L'ouverture de la paroi antérieure de l'utérus et la section de la



FIG. 34.

paroi postérieure de bas en haut sont personnelles à Kelly.

4° Enfin le procédé de Jean-Louis Faure est un procédé d'hémi-



FIG. 35. — Les deux moitiés de l'utérus avec les ovaires et les trompes correspondantes. On a marqué le trajet des fistules.

section totale, celui de Kelly un procédé d'hémisection supra-vaginale.

Kelly écrit qu'il est curieux que lui soit arrivé à ce procédé en cherchant une technique meilleure que sa première méthode pour les cas difficiles, et que Jean-Louis Faure ait trouvé le sien en

L'employant au contraire dans des cas où le volume de l'utérus n'était pas considérable. Ce qui est plus curieux comme coïncidence, c'est qu'au moment où Kelly, ignorant du procédé de Faure, créait son procédé d'hémisection supra-vaginale, Jean-Louis Faure, dès la fin de 1899, abandonnait son hémisection totale et, croyant aux avantages qu'il y a à faire une opération strictement abdominale, cessait d'ouvrir le vagin pour enlever l'utérus en entier, et faisait la section supra-vaginale du col telle qu'il l'avait faite une fois par nécessité et deux fois pour plus de commodité en 1897. Je connaissais depuis qu'elle avait été appliquée par le chirurgien de Paris, dont j'ai l'honneur d'avoir été l'élève, cette modification de son procédé qu'il m'avait indiquée, et si je la signale ici, c'est surtout pour montrer comment, chacun de leur côté, deux chirurgiens sont arrivés à une même conception l'un et l'autre sans avoir connaissance de leurs travaux réciproques sur la même question (fig. 34 et 35) (1).

RÉSULTATS. — C'est Jean-Louis Faure qui a traduit dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* de Pozzi, la description du procédé de Kelly qui la termine, en donnant les observations intégrales des 13 cas dans lesquels il a employé cette méthode avec 13 guérisons, et dans des cas aussi difficiles que celui où il existait des fistules avec le rectum, ainsi que le montrent les figures 33, 34, 35.

(1) Je dois remercier ici M. Masson de l'obligeance avec laquelle il a mis à ma disposition les planches qui illustrent le procédé de Kelly, qui en facilitent grandement la compréhension et qu'il tenait lui-même de l'éditeur de A. Kelly.

CHAPITRE XII

Procédé du Professeur Félix Terrier.

(L'hystérectomie abdominale supra-vaginale.)

A. — Soins pré-opératoires.

Toute malade atteinte d'affection inflammatoire des annexes ne doit être opérée qu'après avoir été longuement examinée et suivie un temps suffisant permettant de bien apprécier la nécessité d'une intervention, souvent rendue inutile par le traitement dit médical. Les résultats excellents obtenus avec le repos, les injections et les lavements d'eau très chaude pris matin et soir sont tels que l'on devra toujours les utiliser. Il ne faut pas cependant tomber dans l'excès contraire, et, s'il convient de n'opérer les femmes qu'après avoir fait tout ce qui dépend de nous pour éviter le traitement sanglant, il importe de ne pas les laisser trainer indéfiniment dans les salles ou de leur laisser garder le lit plus que de raison. S'il n'y a pas d'arrêt dans la marche douloureuse des lésions, si elles ne rétrocedent point, il y a lieu d'intervenir et cela dans l'intérêt même de leur santé générale. Nous admettons donc que nous nous trouvons en présence d'une de ces femmes chez lesquelles il existe des indications formelles d'opérer, d'après l'état de leurs annexes.

Il est nécessaire alors de ne pas se contenter des données de cet examen local, et une fois que l'on en a tiré les éléments du diagnostic opératoire, il faut nous rendre compte de l'état général de la malade. Dans l'état du cœur, des poumons, des reins, de l'estomac même, on trouvera souvent une contre-indication des plus nettes à toute intervention ; et il sera sage de ne pas exposer aux épreuves d'une opération délicate et de l'anesthésie une femme atteinte de lésions

tuberculeuses, de néphrite chronique, d'une lésion cardiaque plus ou moins avancée, ayant déjà pu causer des troubles cardio-vasculaires. Ces affections seraient susceptibles de recevoir un coup de fouet du fait de l'opération, et si la mort en était la conséquence on pourrait même la lui attribuer. Enfin l'étude attentive des symptômes des maladies inflammatoires des annexes de l'utérus nous apprenant qu'elles peuvent conduire un sujet à un degré d'épuisement et de faiblesse extrême, il faut dans certains cas modifier cet état, remonter la malade; et pour ce faire, nous avons dans les injections massives et répétées de sérum artificiel un moyen réellement merveilleux.

Pour s'assurer que les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, dont la présence doit faire tout au moins différer l'intervention, au même titre que les hématuries, ou aura fait pratiquer dans les jours qui précèdent, et par quelqu'un de compétent, deux ou trois analyses des urines des vingt-quatre heures.

La préparation de la malade commence deux jours avant le matin de l'opération. Le premier jour, la femme ira au bain et se savonnera tout le corps, en prenant bien soin de ne pas prendre froid; elle se nourrira peu et de choses légères. Elle gardera, la veille de l'opération, la diète absolue et sera purgée; le choix du purgatif importe peu, pourvu qu'il soit doux: le sulfate de soude, par exemple, est excellent. C'est également la veille au soir qu'il est bon de raser les poils du pubis et ces poils follets que l'on trouve sur l'abdomen au-dessus et au-dessous de l'ombilic. La peau du ventre est soigneusement savonnée, puis recouverte de compresses stérilisées sèches, maintenues en place par un bandage de corps. Il n'est pas indispensable de laisser sur l'abdomen un pansement humide, auquel certains chirurgiens trouvent le très grand avantage de ramollir l'épiderme, d'en enlever la couche superficielle, et même de produire un excès de sécrétion des glandes de la peau. On a donné avec grand soin de grandes injections vaginales.

Tous ces soins ont été pris de façon à ce que le matin de l'opération l'on n'ait point à toucher à la malade qui, deux ou trois heures avant l'opération, est simplement transportée dans une pièce gaie et claire du pavillon des opérations, chambre où elle sera placée sur un lit de repos et où l'on viendra l'endormir. En ne touchant pas à la malade le matin même de l'opération, on évite ainsi tout excès d'émo-

tion ou de crainte, elle garde un calme et une confiance qu'il est bon de respecter.

C'est dans cette pièce isolée que la malade sera endormie, et non dans la salle d'opération, toujours pour éviter la crainte que pourrai susciter en son esprit la vue des préparatifs. L'anesthésie sera faite au chloroforme, et toujours, autant que possible, par la même personne. Cette question de l'anesthésie n'est pas sans importance, pour le chirurgien et la malade ; il faut, en effet, qu'elle soit bien conduite, avec une sécurité qu'une longue pratique permet seule d'obtenir. En confiant le soin d'endormir sa malade toujours au même aide qu'il sait compétent, le chirurgien se libère d'un souci et n'a pas à distraire son esprit d'une opération pour laquelle toute son attention n'est souvent pas de trop, afin de surveiller la chloroformisation.

Au point de vue de la malade, mieux vaut pour elle être endormie par un aide-expérimenté, qui évite ces luttes que l'on voit parfois, au début, entre la malade qui prend trop ou trop peu d'anesthésique, et celui qui le donne maladroitement.

L'examen de 1,200 anesthésies chloroformiques, dont 372 faites pour des opérations abdominales, a permis au Dr Boureau, qui endort toutes les opérées du service du professeur Terrier, d'intéressantes conclusions. Toutes ces anesthésies ont été faites avec le chloroforme anglais de Duncan, qui est tiré de l'alcool, possède une odeur presque agréable et est presque parfaitement pur, ou avec du chloroforme préparé par l'interne en pharmacie du service. A l'heure actuelle, certains chirurgiens se servent avec succès, pour l'anesthésie générale, des injections intra-rachidiennes de solutions de cocaïne, que l'on employait jusqu'ici pour les petites anesthésies locales. Quoique nous ayons appris que le Dr Tuffier avait fait des opérations abdominales, et notamment des castrations abdominales totales par le procédé américain, en se servant uniquement de ce mode d'anesthésie, nous pensons qu'il faut encore attendre que l'anesthésie cocaïnique ait fait ses preuves avant de l'employer, et qu'il est sage de nous en tenir au chloroforme. On obtient l'anesthésie complète en huit ou dix minutes avec 8 à 10 centim. cubes de cet anesthésique, dont la quantité totale employée est en moyenne de 35 à 40 centim. cubes pour la première heure, et de 25 à 30 pour la deuxième. En endormant les malades très lentement et avec prudence, l'innocuité du chloroforme

est assurée, même chez les cardiaques pour lesquels on le redoute; pour notre part, nous n'avons jamais vu la moindre alerte au cours d'opérations abdominales même longues et pénibles; la position même de la malade sur le plan incliné n'a pas d'influence fâcheuse; nous n'avons jamais vu de phénomènes mécaniques gêner la respiration, et le Dr Boureau, dans son article de la *Revue de chirurgie*, rappelle que, ainsi que l'a montré Bolognesi (du Mans), « les phénomènes congestifs qui apparaissent du côté de la tête, du cou, et de la partie supérieure de la poitrine, sont un moyen préventif pour éviter la syncope cardiaque ».

Si nous ajoutons à tout ce que nous venons de dire que mieux une malade a été endormie, moins elle a de vomissements après son réveil, on comprendra l'importance que nous attachons à cette question de l'anesthésie, dont un même élève devrait toujours s'occuper auprès de chaque chirurgien, dans l'intérêt de tous.

Une fois que le chloroformisateur déclare l'anesthésie obtenue, et alors seulement, un aide procède à la désinfection de la vulve et du vagin. On approche la malade du bord du lit sur lequel elle est étendue, on lui replie les jambes et les cuisses sur l'abdomen en les écartant, et un aide avec la main garnie d'une compresse de toile stérilisée savonne fortement les organes génitaux externes, le pubis, le périnée et la partie interne des cuisses; puis avec une compresse stérilisée il essuie ces différentes parties. Déprimant alors la fourchette avec un doigt de la main gauche, il introduit dans le vagin l'index et le médius de la main droite, protégés par une compresse fortement imbibée de savon liquide, et il frotte et savonne énergiquement les parois des culs-de-sac du vagin et le col de l'utérus. Une fois ce nettoyage accompli, on donne une grande injection d'eau bouillie pour rincer le vagin, on relave les régions externes voisines de la vulve, surtout en dessous d'elle, pour entraîner l'excès de savon qui peut les souiller; on recouvre les parties génitales externes d'une compresse stérilisée. Puis, plaçant la malade sur une planche munie de poignées, deux infirmiers la transportent ainsi dans la salle d'opérations, sur la table, où la malade est posée sans secousse quand on a retiré par glissement la planche qui a servi au transport.

La table d'opération est une simple table en bois peint, sur laquelle est placé un plan incliné portatif de Péraire, recouvert d'un très mince

coussin de moleskine. Pour que la malade ne risque pas de glisser, quand on la mettra en position déclive, on lui assujettit les bras et les jambes sur les bords du cadre du plan incliné, au moyen de compresses ou de serviettes roulées. Il est bon de serrer ces compresses suffisamment pour bien fixer la malade, mais pas d'une façon exagérée, afin d'éviter des arrêts de la circulation, voire même des paralysies passagères.

Pendant que dans la pièce voisine l'on procède à l'anesthésie, le chirurgien et ses aides se préparent. Pour la désinfection des mains, fidèles aux principes de l'asepsie la plus rigoureuse, le professeur Terrier et ses aides se contentent de se brosser longuement et énergiquement les mains avec la brosse dure, en se servant d'eau chaude stérilisée et de savon liquide(1), sans employer d'alcool pour procéder à un second nettoyage comme le font certains chirurgiens; ils se rincent simplement les mains dans une solution de sublimé. C'est là une pratique très suffisante, à condition que ceux qui porteront leurs mains dans le champ opératoire, ne les aient pas souillées en touchant auparavant quelque chose de septique.

Il faut s'imposer comme une règle rigoureuse de ne faire ni pansements septiques, ni médecine opératoire, ni autopsie, ni opération nécessitant le contact des mains avec du pus.

M. Terrier et les trois aides, toujours les mêmes autant que possible, qui l'assistent, gardent scrupuleusement leurs mains de tout contact septique, et s'ils n'ont pu faire autrement que de se contaminer, ils restent deux jours pleins sans prendre part aux opérations. M. Terrier ne se sert pas même de sublimé et se rince les mains

(1) *Savon liquide*. Tout le savon que l'on emploie dans le service, pour les soins à donner aux malades et les lavages, est le même. C'est du savon liquide préparé par M. Bayard, interne en pharmacie, qui a bien voulu nous autoriser à donner ici sa formule et sa manière de le préparer que demandent nombre de visiteurs du service frappés de son utilité et de ses avantages.

Savon blanc.....	1 kilog.
Savon noir.....	1 —
Huile.....	1 —
Eau.....	50 litres.
Naphtol.....	25 grammes.
Essence de citron.....	Q. S. pour parfumer.

Faire dissoudre le savon dans l'eau et l'huile pendant 48 heures au moins, puis ajouter directement le naphtol et filtrer.

avant et au cours de l'opération avec du sérum artificiel stérilisé.

La malade étant placée sur la table, on enlève le pansement qui recouvre l'abdomen, et un aide procède à son nettoyage.

L'ombilic saisi dans sa profondeur avec une pince de Kocher est attiré en haut et nettoyé d'abord à sec avec un tampon de gaze stérilisée, puis savonné isolément, car souvent certains ombilics profonds sont encore souillés malgré le lavage fait la veille et les bains. Une fois l'ombilic désinfecté, on enlève la pince qui le soulevait et l'on savonne tout le champ opératoire avec un gros tampon de paille de bois, bouilli et stérilisé, en frottant vigoureusement et lessivant l'abdomen d'abord sur la ligne médiane, les régions sous et sus-ombilicales, puis les hypochondres, les flancs, enfin les aines et le pubis, dans cet ordre, c'est-à-dire en allant naturellement des parties centrales à la périphérie. On évite ainsi de repasser sur une partie déjà nettoyée pour aller laver celles qui ne le sont pas encore, chose que l'on fait trop souvent par inattention ou négligence. Le tampon de paille de bois (dont M. Terrier se sert après en avoir apprécié la commodité dans les hôpitaux russes où il est employé exclusivement) a sur la brosse dure le gros avantage de nettoyer à la fois une plus grande surface de peau et de ne pas léser la peau, sur laquelle on voit survenir rapidement un petit piqueté hémorrhagique quand on la frotte trop avec la brosse, pour peu qu'elle soit fine.

Une fois l'abdomen bien savonné, on enlève avec des compresses stérilisées la mousse qui le recouvre, puis avec une compresse de toile trempée dans une solution de sublimé à 1 pour 1000, on rince la peau que l'on essuie ensuite avec soin avant de garnir le champ opératoire avec des compresses de toile stérilisées.

On recouvre les jambes, les cuisses et la poitrine de la malade de grandes compresses de toile stérilisées ; le champ opératoire lui-même, c'est-à-dire la portion de l'abdomen limitée en haut par une ligne passant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, en bas par le pubis et sur les côtés par une ligne située à six travers de doigt de la ligne blanche, est bordé par quatre grandes compresses.

Les assistants venus pour voir l'opération iront se placer du côté de la tête de la malade, derrière le chloroformisateur, après avoir revêtu une blouse et laissé au vestiaire cannes, manteaux et chapeaux. On devra exiger d'eux le plus profond silence et l'immobilité.

Certains visiteurs ont trop souvent tendance à venir rôder autour des plateaux d'instruments, à se pencher au-dessus pour regarder plus commodément, au risque de les contaminer ; à vouloir changer leur place pour mieux voir et généralement pour n'en pas trouver une meilleure. Enfin il convient de ne pas adresser au cours de l'intervention la parole à l'opérateur pour lui demander un renseignement qu'il fournira avec plus de fruit une fois l'opération terminée, ou lui donner un conseil dont il n'a que faire. Ne rien dire sur la façon dont s'exécute l'opération est d'ailleurs une règle élémentaire, presque de simple politesse. Il semble peut-être puéril de répéter ces quelques conseils, et cependant on ne saurait trop les redonner ; on en voit encore chaque jour la nécessité quand on a à les adresser à certains visiteurs, tous médecins, qui devraient les observer et les oublier, nous l'avons vu fréquemment.

Pour opérer, le chirurgien se place à droite ; il a près de lui un aide dont le rôle principal sera de tenir les écarteurs. Derrière lui, sur une table, il a à sa disposition des tampons de gaze montés sur des pinces longues, des compresses de gaze et de toile stérilisée, et deux plateaux d'instruments contenant des ciseaux droits et courbes, des aiguilles de Reverdin grandes et petites, des pinces à disséquer et à griffes, une curette, des bistouris, une sonde cannelée dans l'un, et dans l'autre des pinces de Péan, de Kocher, de Terrier et américaines. En face de lui, l'opérateur a son aide en premier qui l'aidera directement ; un deuxième aide à qui on confiera un écarteur des pinces et qui secondera l'aide principal. Ces deux aides trouvent sur une table derrière eux de la gaze, des tampons, des compresses, des fils de soie pour les ligatures et les sutures, des pinces de différents modèles, de Richelot, de Museux, de Péan, des pinces à kystes, les écarteurs de Farabeuf et d'Hartmann. A portée des quatre personnes prenant part à l'opération, sur des trépieds sont placés pour se nettoyer les mains des cuvettes remplies d'une solution de sublimé changée dès qu'elle a servi.

B. — Technique.

Premier temps. OUVERTURE DE LA CAVITÉ ABDOMINALE. — Une incision de 10 à 12 centim., commençant un peu au-dessous de

l'ombilic et se terminant au pubis, divise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose. Deux ou trois pinces à forcipressure placées sur chaque bord de l'incision suffisent à assurer une hémostase parfaite. Il arrive cependant que l'hémostase de l'incision cutanée soit plus longue et nécessite l'emploi de plusieurs pinces. On a remarqué que dans tous les cas où il en était ainsi, l'on était certain de trouver de nombreuses adhérences (Terrier).

Après avoir placé sur chaque lèvre de la plaie une compresse de toile qui recouvre les pinces, on incise la gaine des droits d'un bout à l'autre de l'incision, et l'on écarte les deux muscles. On arrive ainsi sur le feuillet postérieur de la gaine, que l'on ouvre sur une longueur de 4 à 5 centim.; par cette incision vient faire saillie la graisse sous-péritonéale. Pour ouvrir le péritoine, l'opérateur avec une pince à griffes et l'aide avec une pince américaine soulèvent le péritoine de façon à former un pli transversal excessivement mince sur lequel on incise délicatement au bistouri. La séreuse se trouve ainsi incisée sur une toute petite étendue et ses bords sont immédiatement repérés de chaque côté avec une pince américaine. L'aide et l'opérateur introduisent alors chacun leur index gauche dans l'abdomen par cette fente pour soulever la paroi, et l'on coupe aux ciseaux d'abord vers l'angle supérieur, ensuite vers l'angle inférieur de l'incision l'aponévrose et le péritoine, qui sur ses bords et aux extrémités de l'incision, est repéré avec des pinces américaines tout de suite recouvertes de compresses qui les maintiennent et bordent la plaie.

On pourrait, en incisant la paroi, ouvrir la gaine des droits de chaque côté de la ligne blanche et réséquer au ciseau, suivant la pratique constante de M. Monod, la cloison aponévrotique qui sépare les deux muscles, mais nous ne pensons pas qu'il soit indispensable d'agir ainsi quand on a une bonne paroi.

Dès que l'abdomen est ouvert, on le recouvre d'une compresse, puis l'on place la malade en position déclive de Trendelenburg. Cette mise en position déclive, dont Delagenière et Hartmann préconisèrent l'emploi et les premiers en France montrèrent l'utilité, est indispensable. Grâce à elle, la masse intestinale retombe vers le diaphragme et tout le petit bassin apparaît à la vue avec les seuls organes qu'il renferme.

On place alors de chaque côté de la plaie les écarteurs d'Hart-

mann, et dans l'angle pubien de l'incision la grande valve de Doyen. Et alors on examine par la vue et par la vue seulement l'état des organes du petit bassin *sans y porter la main*, car on agira différemment suivant que les lésions des annexes sont libres ou qu'elles ont contracté des adhérences avec les anses de l'intestin grêle et l'épiploon.

S'il n'y a pas d'adhérences, il faut tout de suite garnir le champ opératoire; on prend une grande compresse de toile et on la pousse jusqu'au niveau du petit bassin, recouvrant les anses grêles retombées du côté du diaphragme. Deux autres grandes compresses seront poussées jusqu'aux parois pelviennes, à droite et à gauche, avec la plus grande facilité si les aides soulèvent avec les écarteurs latéraux les lèvres de l'incision; avec ces trois grandes compresses dont un chef reste en dehors et est rabattu du côté du thorax, on protège toute la main intestinale, l'on forme ainsi une barrière qui ne devra plus être enlevée sous aucun prétexte jusqu'au complet achèvement de l'opération, durant laquelle la grande cavité abdominale restera toujours séparée du petit bassin où l'on manœuvre. Sur ces grandes compresses on en dispose une ou deux plus petites, ou de préférence des compresses de gaze qui, elles, pourront être changées à volonté dès qu'elles seront souillées.

S'il existe des adhérences de l'épiploon et des anses grêles aux tumeurs annexielles, on commence par garnir comme précédemment avec trois compresses, une médiane et deux latérales, puis, avec les doigts ou les ciseaux, l'on détache l'épiploon, l'on pince les points saignants de sa surface, puis on le rabat sur les compresses déjà placées et on le recouvre d'une autre compresse. Avec le doigt ou un instrument mousse on détache les adhérences intestinales, dont on assurera immédiatement l'hémostase s'il y a lieu, et quand elles seront libérées et que la masse intestinale sera retombée sur le diaphragme comme dans les cas où elle est libre dès le début, on placera, comme nous l'avons déjà dit, une barrière de compresses entre le petit bassin et la grande cavité. On a alors sous les yeux le petit bassin bien isolé et dans lequel on a toute liberté pour agir sans crainte, et même si, au cours de l'opération, une poche annexielle s'ouvrant, du pus venait à s'écouler, l'infection des anses intestinales et de la grande cavité est impossible.

Deuxième temps. LIBÉRATIONS DES ADHÉRENCES. 1° Cas faciles. —

Ce sont les cas où l'épiploon n'adhère pas aux masses annexielles, où l'intestin retombe tout de suite et de lui-même sur le diaphragme. Les adhérences que peuvent avoir contractées les trompes sont alors rares, peu nombreuses et toujours faciles à détacher. On saisit le fond de l'utérus entre les mors d'une pince à hystérectomie de Péan, et on l'attire en bas vers l'angle ombilical de l'incision. On place ainsi en extension l'utérus, ses annexes et leurs adhérences. La main va tout d'abord explorer le cul-de-sac postérieur de Douglas, où souvent les annexes sont prolabées et d'où on les retire, les détachant avec les doigts recourbés de la face postérieure de l'utérus à laquelle elles sont parfois très solidement fixées. Une fois le cul-de-sac postérieur libre, on le bourre de gaze stérilisée qui protège le rectum. Les adhérences des annexes, quand elles sont peu denses, rubaniformes, pareilles souvent à un voile très mince, sont faciles à rompre avec les doigts et ne donnent lieu à aucun suintement sanguin. On a rapidement libéré ainsi les annexes à gauche et à droite.

2° Cas difficiles. — Dans d'autres cas, et ces sont les plus fréquents, quand les lésions sont anciennes et qu'il y a des poches annexielles volumineuses, dès l'ouverture de la cavité abdominale on voit l'épiploon adhérent à la masse formée par les annexes et l'utérus comblant le petit bassin. Nous avons dit comment il faut libérer cet épiploon en détachant avec les doigts ou même aux ciseaux son extrémité adhérente, et le rabattre protégé par une compresse. Cela fait, l'on se trouve encore en présence d'adhérences de l'intestin grêle. Sont-elles rubaniformes ? il faut les sectionner entre deux pinces de Kocher et les lier immédiatement pour n'avoir plus à y revenir. Si elles sont épaisses et denses, il faut les détacher avec le bistouri en ayant grand soin de couper le plus loin possible de la surface de l'intestin, de peur de l'ouvrir. Malgré les précautions les plus minutieuses, cet accident peut avoir lieu ; il sera facile d'y remédier en suturant immédiatement la petite plaie par une suture de Lembert à la soie. La tunique séreuse de l'anse peut être seule intéressée ; elle sera immédiatement réparée par quelques points séparés ou mieux en surjet.

Les adhérences sont souvent si denses, si généralisées que l'on peut avoir à envisager plusieurs cas : l'utérus peut être recouvert par des

adhérences du rectum à la vessie ; ces cas sont rares, mais encore faut-il savoir qu'ils peuvent se présenter et qu'il est possible de séparer ces deux organes pour mettre à jour l'utérus et les annexes en refoulant avec un tampon de gaze ou les doigts le rectum en arrière et la vessie en avant. Kelly, s'étant trouvé en présence d'un cas analogue où la séparation ne pouvait s'obtenir que par le sacrifice d'une portion d'un de ces deux organes, conseille de réséquer une partie de la vessie qui sera suturée immédiatement.

Ces cas sont heureusement rares ; les adhérences sont même exceptionnelles entre la paroi adominale antérieure et l'utérus ; le cul-de-sac vésico-utérin est libre. Plus fréquentes sont les adhérences entre le rectum et l'utérus, entre l'utérus et les annexes. On voit une masse unique, le plus souvent les trompes gisent dans le cul-de-sac postérieur, recouvertes par un dôme d'adhérences qui unissent le rectum à l'utérus

Il faut séparer d'abord ces deux organes ; si le doigt n'y parvient pas, on cherchera à créer avec le bistouri, au point adhérent le plus élevé, un plan de clivage et, s'il le faut, on coupera au bistouri toutes les portions adhérentes, en se tenant constamment du côté de l'utérus, de façon à laisser une petite partie de l'utérus adhérente au rectum plutôt que d'ouvrir l'intestin en essayant de couper exactement entre les deux. Plus bas, les adhérences sont souvent moins épaisses ; elles peuvent être détachées ou écartées et l'on tombe sur l'utérus englobé sur ses flancs et en arrière par les masses annexielles, situation que l'on trouve de prime abord dans la majorité des cas. Il faut alors chercher le point de moindre résistance de ces adhérences pour pouvoir y pénétrer et les rompre ou les sectionner au bistouri en les tenant soulevées sur le doigt. On trouvera d'ordinaire à pénétrer d'une façon relativement facile au point où les trompes plongeant dans le cul-de-sac postérieur se perdent dans les adhérences. Lorsque la face postérieure de l'utérus aura été libérée, il ne sera pas nécessaire de pousser plus avant la décortication des annexes qui sera laissée pour plus tard, l'ablation de l'utérus étant un temps préparatoire à celle des tumeurs latérales, et tout de suite après avoir tassé quelques compresses de gaze entre l'utérus et le rectum, on enlèvera l'utérus.

Troisième temps. SECTION DES LIGAMENTS LARGES SUR LES BORDS DE L'UTÉRUS. TAILLE DU LAMBEAU PÉRITONÉAL PRÉ-UTÉRIN. RECHERCHE ET HÉMOSTASE DES UTÉRINES. SECTION SUPRA-VAGINALE DE L'UTÉRUS.

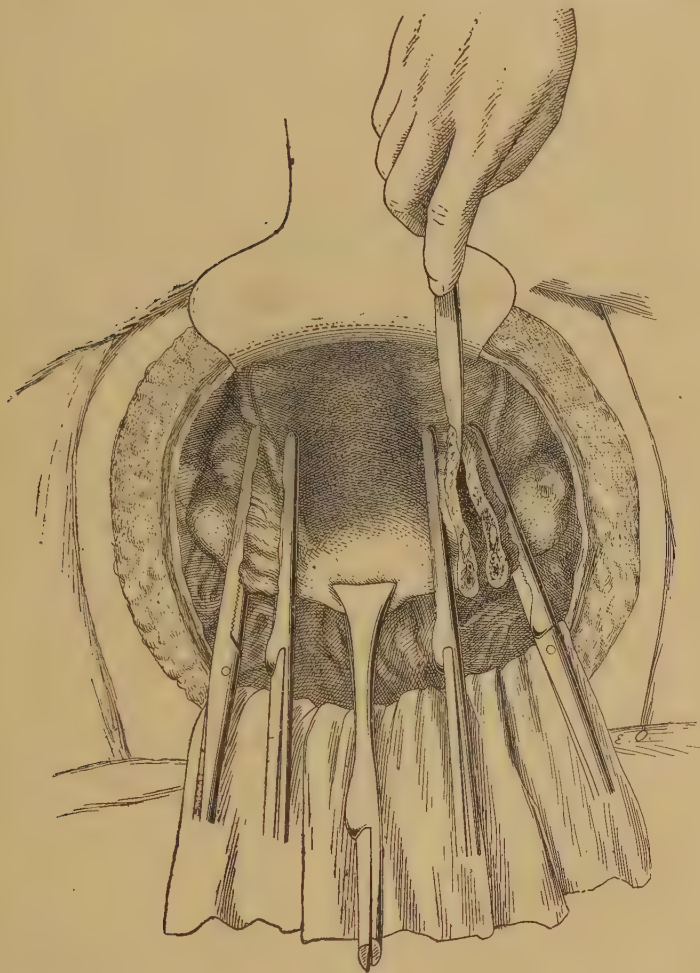


FIG. 36.

TRAITEMENT DU MOIGNON AU THERMO-CAUTÈRE. — Tenant l'utérus bien attiré en bas par la pince fixée sur son fond, on place sur l'étage supérieur du ligament large droit, tout contre le bord latéral de l'utérus,

une pince de Kocher qui le tient sur toute sa longueur; on en place une seconde un peu en dehors d'elle, et entre les deux on sectionne le ligament large (fig. 36).

On procède de la même façon sur le flanc gauche de l'utérus dont

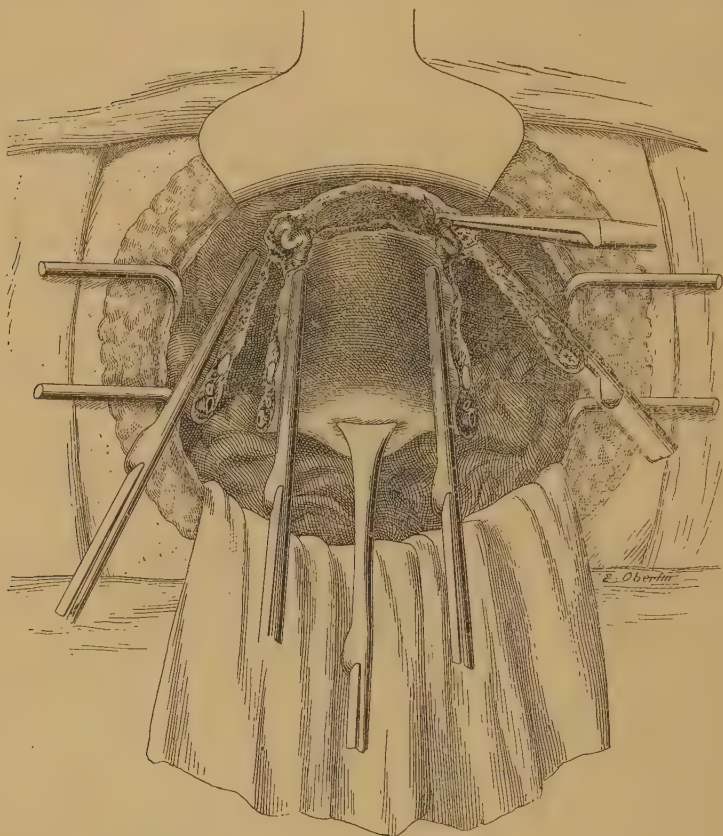


FIG. 37.

tout le corps se trouve ainsi isolé des masses annexielles demeurées sur les flancs de la paroi pelvienne. Sur la face antérieure de l'utérus, en partant du point où se trouve l'extrémité de la pince restée fixée au flanc gauche de l'utérus, on taille au bistouri, en allant de gauche à droite, un lambeau péritonéal pré-utérin à convexité supérieure, l'incision venant s'arrêter au niveau de la pince qui se trouve sur le

côté droit. Une fois le bord de ce lambeau tracé au bistouri, on le décolle du côté du cul-de-sac vésico-utérin soit avec le doigt, soit avec un instrument mousse, le bec des ciseaux par exemple, et on le refoule en bas. Il n'y a aucun danger d'ouvrir la vessie en taillant ce

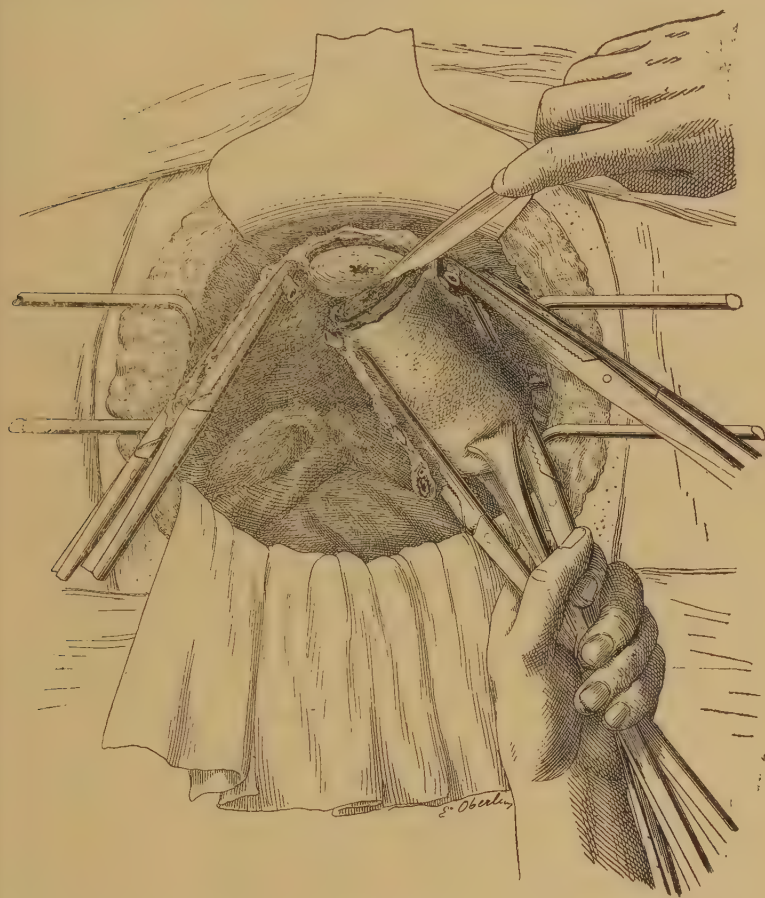


FIG. 38.

lambeau qui est pris sur le péritoine de la face antérieure de l'utérus bien au delà du point où le péritoine se réfléchit de la vessie sur l'utérus. Cette ligne de réflexion est facile à mettre en évidence et apparaît nettement marquée, demi-lunaire, blanchâtre et fixe,

quand on attire l'utérus. Le lambeau convexe ainsi obtenu est repéré avec deux pinces de Kocher qu'un aide maintient en haut. En exerçant alors une légère traction sur l'utérus, on voit sur ses bords, au-dessous du point où finissent les pinces, les artères utérines qui, après avoir formé leur crosse, montent le long de la portion sus-vaginale du col utérin. Elles sont dans le tissu péri-utérin où on les voit par transparence et quelquefois même complètement à nu.

On place alors à droite et à gauche une pince de Kocher serrée à fond tout contre le col (fig. 37). Puis, tenant dans sa main gauche la pince placée sur le fond de l'utérus et les deux pinces fixées sur ses bords, en l'attirant par elle fortement en bas et en imprimant un très léger mouvement de torsion de gauche à droite, l'opérateur sectionne dans ce sens et au-dessus du vagin le col utérin (fig. 38).

Grâce aux pinces qui sont sur le bord du ligament large, aux pinces qui assurent l'hémostase des deux artères utérines, l'utérus se trouve enlevé sans une goutte de sang et laisse entre les deux masses annexielles une large place où la main qui les enlèvera pourra évoluer à son aise.

Reste alors le moignon utérin ayant les deux utérines pincées sur ses flancs; il est excessivement rare que l'on voie saigner sa surface. Mais si sur ces tranches une ou deux artérioles saignaient, on les prendrait avec une pince de Kocher. On saisit alors la lèvre supérieure de ce moignon avec une pince de Richelot; un aide le maintient soulevé et, après avoir glissé sous sa lèvre postérieure une compresse de gaze, on introduit dans sa cavité le gros couteau du thermo-cautère porté au rouge. On est sûr de détruire ainsi les germes infectieux de la cavité cervicale et d'éviter par eux l'infection du champ opératoire. C'est même une bonne pratique que de toucher légèrement au thermo-cautère la surface de section du moignon qui sera suturée et enfouie dans un temps ultérieur.

Quatrième temps. ABLATION DES ANNEXES ET DES POCES ANNEXIELLES. — Il s'agit de procéder maintenant à l'ablation des poches annexielles. L'utérus est enlevé; on les voit demeurées dans les ligaments larges ou en arrière d'eux sur les parois pelviennes. Elles peuvent, si cela n'a déjà été fait, être ponctionnées; la ponction les diminue de volume et les rend plus maniables; la place restée libre par l'utérus permet à la main de venir les décoller de bas en haut

le long de la paroi et elles ne tardent pas à ne plus lui rester adhérentes que par le ligament infundibulo-pelvien et par le ligament rond qui peut leur être adhérent ou se trouver englobé par elles. Une pince sur chacun de ces ligaments assure l'hémostase de l'artère funiculaire et de l'artère utéro-ovarienne, et par quelques coups de

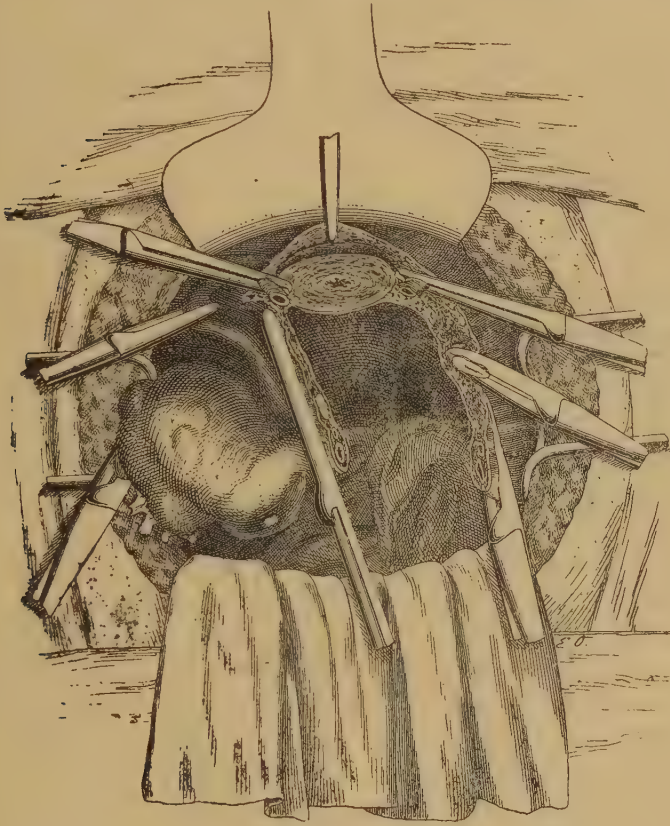


FIG. 39.

ciseaux le long de la paroi pelvienne on détache les annexes malades. Le petit bassin se trouve alors entièrement vidé de ses néoformations inflammatoires, et l'opération a été faite rapidement et toujours sans que l'on ait à craindre d'hémorrhagie.

Cinquième temps. HÉMOSTASE. — Dans le petit bassin ainsi net-

toyé, il ne reste plus qu'à assurer l'hémostase d'une façon définitive et des plus simples, puisque de chaque côté les trois pédicules vasculaires sont pincés. Avec un fil de soie de grosseur moyenne, on lie successivement l'artère utérine, l'artère funiculaire, l'artère ova-

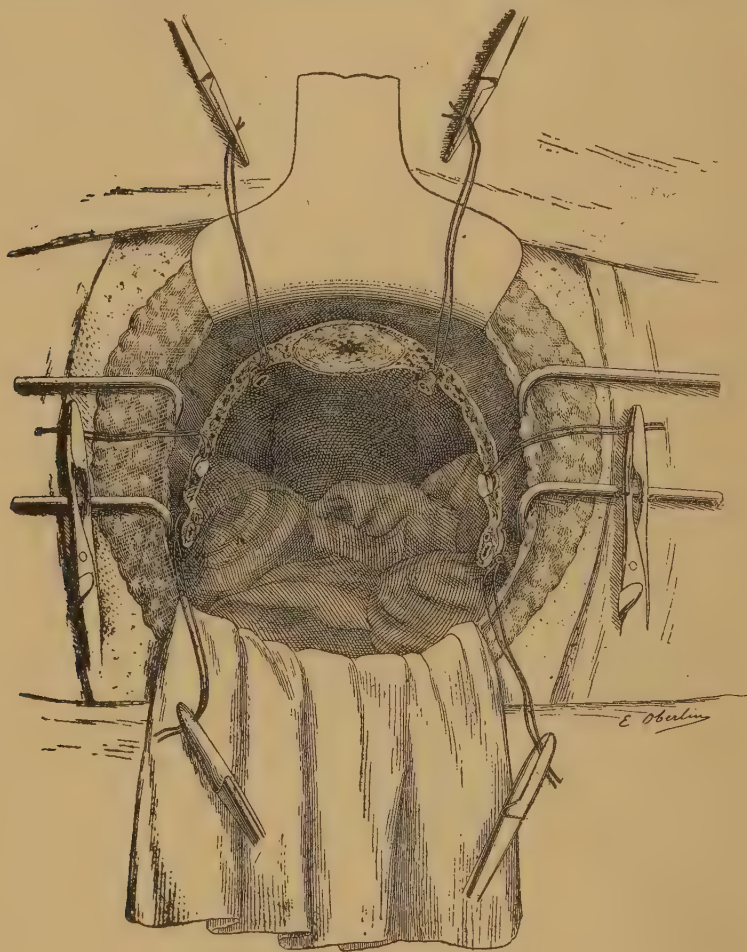


FIG. 40.

rienne. Dans le service du professeur Terrier, on se sert uniquement et toujours de soie, qui donne une ligature excellente à condition que la soie soit bien stérilisée et de volume moyen. Elle est préférable au

catgut qui peut glisser et donner lieu à une hémorrhagie post-opératoire et dont la résorption peut être trop rapide. Une soie bien stérilisée ne donne aucune complication, et seule une grosse soie serait capable de donner une ligature insuffisamment serrée.

Il ne faut pas faire ces ligatures directement, mais les passer toutes à l'aide de l'aiguille de Reverdin autour de l'artère, de façon à prendre dans le nœud une très petite partie du tissu périartériel; cette manière de faire, tout en permettant d'étreindre parfaitement le vaisseau, empêchera le fil de glisser. Si le nœud a été serré progressivement et avec une traction constante, il donnera toujours une ligature satisfaisante.

Sixième temps. SUTURE DU MOIGNON. — Reste dans le fond de l'excavation le moignon, qui tout à l'heure disparaîtra sous la couverture séreuse du plancher péritonéal reconstitué. Il convient de le suturer et de ne pas le laisser ouvert. Si le tissu utérin est très souple, si le moignon n'est pas trop volumineux, on peut simplement le suturer par un surjet à la soie en le laissant tel quel. Sinon mieux vaut excaver chacune de ses lèvres antérieure et postérieure en enlevant au bistouri une petite tranche de leur tissu autour de la cavité cervicale. On a ainsi deux lèvres plus minces et s'adaptant mieux l'une à l'autre, et dont le contact au-dessus de la cavité cervicale sera parfaitement obtenu par 4 ou 5 points en surjet que M. Terrier fait toujours à la soie. Suivant le conseil de Quénu, il ne faut pas pousser cet évidemment trop loin vers la périphérie si l'on veut éviter une petite hémorrhagie en fermant complètement le moignon utérin. Cependant, comme il s'agit ici non pas d'obtenir une hémostase, mais le simple contact de deux surfaces pour amener leur réunion, il serait peut-être préférable d'employer le catgut fort plutôt que la soie. Celle-ci se résorbe mal, en effet, dans le tissu utérin et quelquefois il arrive que le fil s'élimine par la cavité cervicale. On pourra voir dans nos observations deux ou trois cas où le fil vint se montrer dans le vagin; il sortait par l'orifice du museau de tanche et il fut très facile de l'attirer complètement au dehors par une légère traction.

Ce petit fait est de peu d'importance et ne cause aucun trouble; mais l'emploi du catgut supprimerait cet incident: aussi M. Terrier se propose-t-il de l'employer désormais dans les opérations ultérieures, comme le font déjà avec profit certains chirurgiens.

Septième temps. RECONSTITUTION DU PLANCHER PÉRITONÉAL. PROCÉDÉ DE AMAUN (DE MUNICH) DANS LES CAS OU LE PÉRITOINE A ÉTÉ DÉTRUIT. DRAINAGE. — Il est absolument indispensable, après les ablations de tumeurs annexielles, de recouvrir complètement de péritoine les parties cruentées, de refaire au plancher pelvien une couverture sereuse. C'est dans ce but que l'on a isolé en avant du moignon un lambeau péritonéal destiné à le recouvrir et que dans certains cas on trace même sur la face postérieure de l'utérus un lambeau postérieur. Ce lambeau postérieur est presque inutile, un bon lambeau antérieur suffisant largement, et d'ailleurs, s'il est possible de se le procurer dans les opérations pour fibrome, il est loin d'en être de même dans les hystérectomies pour tumeurs annexielles où le péritoine de la face postérieure a été détruit par les adhérences contractées dans cette région du cul-de-sac postérieur.

Supposons un cas facile où l'on a enlevé l'utérus et des annexes sans grandes adhérences : rien n'est plus simple que de suturer par un surjet d'abord le ligament large gauche en enfouissant sous la ligne de suture le pédicule ovarien lié et le ligament rond ; tout le ligament large se trouve fermé. Plus bas, au niveau du moignon, on rabat par-dessus lui et les artères utérines le lambeau antérieur dont le bord est suturé à la collerette que le péritoine postérieur présente contre la lèvre postérieure du moignon. En continuant le surjet on ferme le ligament large gauche comme le droit et l'on arrête sa suture après avoir enfoui, grâce aux deux derniers points, le pédicule ovarien droit (fig. 41). Si l'on a pris soin d'arrêter son surjet tous les quatre ou cinq points, l'on a une ligne de suture des plus nettes, nullement froncée, et un petit bassin complètement et nettement restauré, recouvert partout de péritoine.

Mais souvent l'on a dû opérer de ces salpingites anciennes, à poches multiples, ayant contracté de ces adhérences nombreuses et denses dont nous avons déjà parlé ; après avoir enlevé l'utérus pour se donner du jour on a dû vider en quelque sorte tout le petit bassin dont la paroi postérieure et les flancs présentent une surface cruentée, suintante, avec quelques rares lambeaux de péritoine qui même peut ne plus exister du tout. Que faire ? Les suites opératoires nous montrent que si l'on referme l'abdomen en laissant les choses en cet état, la guérison est moins parfaite. Ces surfaces cruentées appellent l'in-

fection, et les anses intestinales y contractent des adhérences qui peuvent être douloureuses et devenir une cause d'occlusion intestinale. Le drainage vaginal ou sus-pubien est insuffisant à conjurer de pareils dangers. Dès 1895, Bardenhauer frappé de cet état de choses avait songé à y remédier, et après des hystérectomies abdominales totales il recommandait de tamponner avec des mèches de gaze ressortant par le vagin tout le plancher pelvien et de former au-dessus un dôme en utilisant les lambeaux de péritoine restant, en abaissant la séreuse

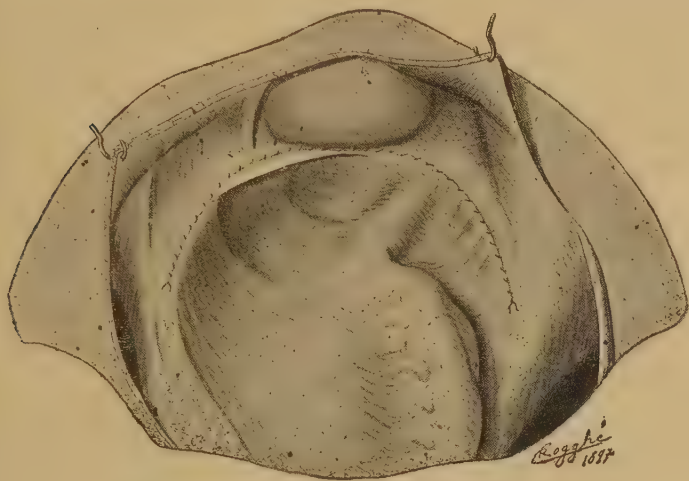


FIG. 41. — Surjet du péritoine (JONNESCO).

par glissement après l'avoir décollé au besoin sur une certaine étendue au point où elle se réfléchit sur le côlon iliaque. A mann (de Munich), au Congrès de 1900, est revenu sur cette pratique et en vante les bons résultats. Le professeur Terrier l'emploie toutes les fois qu'il en trouve l'indication et MM. Quénu et Judet, dans un article de la *Revue de chirurgie* de 1900, ont montré le bénéfice qu'ils en retirent dans leur pratique.

On peut, suivant ces auteurs, mobiliser et transporter le péritoine voisin, ou dans les cas de grand délabrement venir fixer au niveau des pertes de substance des organes recouverts de séreuse. En général on a assez de péritoine à la partie antérieure pour pouvoir venir le fixer par quelques points de suture à l'anse sigmoïde qui s'abaisse

facilement et que l'on peut attirer en bas sans produire de tiraillements douloureux.

Dans les cas où cette anse elle-même a subi de par son voisinage avec les lésions inflammatoires des altérations de ses tuniques, la rendant friable ou difficile à mobiliser, on peut se contenter de suturer au

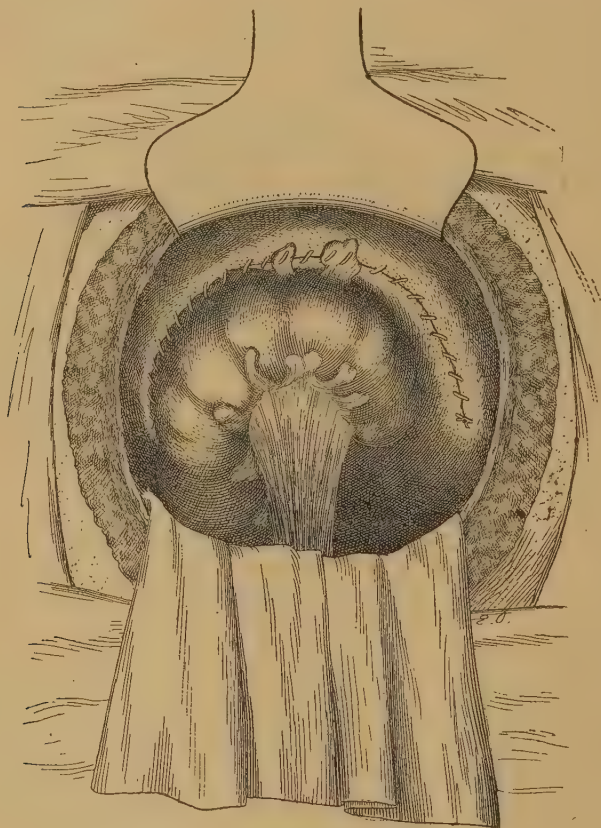


FIG. 42.

péritoine des franges épiploïques en les rapprochant le plus possible, ainsi que nous l'avons vu faire à notre maître (fig. 42). Cette suture, faite par les uns au catgut puis par M. Terrier à la soie fine, donne un excellent résultat et le plancher pelvien se trouve ainsi recouvert autant que faire se peut. Disons en passant que l'hystérectomie sus-

vaginale se prête beaucoup mieux que la totale à ce mode de restauration, car la surface à recouvrir se trouve bien moins profondément située et il reste toujours autour du moignon, sur les côtés et surtout en avant, un petit lambeau de péritoine qui, réuni à la seule anse sigmoïde, donne une couverture très suffisante. Il va sans dire que l'on ne peut fixer de règles générales. Dans chaque cas et suivant les délabrements plus ou moins vastes que l'on désirera réparer, l'on utilisera les lambeaux et les organes que l'on pourra, en ayant bien soin de ne jamais fixer ceux pour lesquels cette fixation amènerait des tiraillements douloureux. Il faut savoir aussi que dans certains cas la seule fixation de deux ou trois franges épiploïques empêchant un contact direct suffit en permettant la cicatrisation au-dessous d'elles, d'une surface qui ne pourra pas adhérer aux anses intestinales par les petits espaces qui les séparent.

Nous n'avons pas connaissance de cas où l'abaissement de l'anse sigmoïde, où la suture vésico-sigmoïde aient entraîné de troubles de la défécation ou de la miction. Amann et Quénu n'en ont pas observé non plus.

Avant d'abaisser le plan incliné, on place un drain dans la cavité pelvienne, au point qui correspond au fond du cul-de-sac de Douglas. Dans les cas où l'on n'aura pour couverture séreuse que l'anse sigmoïde attirée selon le procédé de Amann, il est bon de placer un drain qui vient drainer la région sous-jacente à la couverture séreuse et un second qui plonge dans l'étage supérieur. L'on ramène alors la malade dans la situation horizontale; l'S iliaque et les anses grêles viennent reposer sur le fond du pelvis, on les recouvre avec l'épiploon ou ce qui en reste si l'on en a réséqué et l'on ferme la paroi.

Huitième temps. SUTURE DE LA PAROI. — Il faut apporter à cette suture un soin extrême et l'on n'aura ainsi jamais à constater d'événement. Le professeur Terrier emploie uniquement la soie stérilisée par la vapeur sèche à 130°.

Un premier plan de points séparés et de points en U avec la soie la plus fine ferme le péritoine; avec la soie moyenne, un étage de points séparés réunit l'aponévrose antérieure de la gaine des droits. Enfin on suture la peau par quatre ou cinq points profonds avec des crins de Florence forts et des points superficiels avec des crins plus fins. Par cette suture à trois étages on obtient une suture absolument solide et

nous n'avons jamais vu d'élimination des fils de soie ou d'abcès à leur niveau, à plus forte raison jamais d'éventration.

C. — Soins post-opératoires.

La malade est ramenée dans son lit, on lui met la tête un peu basse et on lui glisse un coussin sous les genoux. On la réchauffe à l'aide de boules d'eau chaude.

On lui fait immédiatement dans le tissu cellulaire sous-cutané des cuisses une injection de sérum artificiel stérilisé avec la solution de 7 gr. de chlorure de sodium. pour 1,000 gr. d'eau stérilisée ou bouillie, qui nous paraît la meilleure.

La technique de ces injections est des plus simple. A 1^m,50, au-dessus du lit de la malade, sont accrochés deux flacons contenant chacun 500 gr. de sérum et pourvus d'un long tube de caoutchouc terminé par une aiguille creuse. L'on pique chacune de ces aiguilles dans une des cuisses de la malade où le sérum s'écoule lentement. Quand le flacon est vide, l'aiguille est retirée et son point d'entrée obturé avec un petit tampon d'ouate imbibé de stérésol. On peut faire ainsi une injection de 1,000 gr. de sérum, et le soir en pratiquer une d'une égale quantité ou seulement de 500 gr. Ces injections ne sont pas inutiles. Certains chirurgiens ne les emploient pas, d'autres reprochent leur emploi constant et vont jusqu'à déconseiller ces « véritables inondations de sérum », le mot nous a été dit. Nous sommes d'un avis contraire; nous les avons vu pratiquer systématiquement dans le service du professeur Terrier, et il faut reconnaître qu'elles remontent puissamment les malades, qu'elles s'opposent avec efficacité au shock. Elle ont de plus l'avantage de donner à l'organisme un moyen de prévenir l'infection, dans ces cas par exemple où, malgré de minutieuses précautions, une poche purulente s'est rompue au cours de l'intervention, souillant le fond de l'excavation pelvienne. Si dans la journée la malade est très faible, si le pouls est lent, on pourra lui faire une piqûre de caféine ou d'éther. Les indications de la morphine sont si rares que nous considérons son emploi comme devant être tout à fait exceptionnel.

Si la malade vomit, on ne lui fera même pas sucer de petits morceaux de glace, et de toute façon elle restera à la diète absolue : ni grog, ni champagne.

Le lendemain on fait un premier pansement. Inutile si l'on n'a pas drainé, le pansement renouvelé tous les jours est indispensable quand on a laissé un drain. Avec l'aspirateur de Potain auquel on adapte une sonde molle que l'on introduit à l'aide de pinces dans l'ouverture du drain, on pratique l'aspiration de son contenu. Le premier jour et quelquefois le second on retire environ une petite cuillère à café de sérosité sanguinolente, puis un peu de sérosité seulement. En général l'aspiration donne des résultats pendant deux ou trois jours ; quand on ne retire plus rien du drain, on peut l'enlever, et cela environ quarante-huit heures à quatre jours après l'opération. Quand celle-ci a été très complexe, que l'on s'est trouvé en présence de poches multiples et suppurées, que le ligament large lui-même était infiltré, quand il y a eu rupture d'une poche purulente ou quand il existe un drain au contact de surfaces cruentées non recouvertes de péritoine, on retire par aspiration non seulement du sang, mais encore un liquide séro-sanguinolent ou même séro-purulent. Ce n'est que très rarement comme aspect du pus véritable, mais plutôt un liquide louche. Il convient alors de laisser le drain jusqu'à ce qu'il ne donne plus passage à de pareilles sécrétions, et quand celles-ci commencent à se tarir, il faut non pas retirer le drain tout d'un coup, mais le remplacer par un ou deux drains successifs de plus petit calibre. En général, on peut toujours dans ces cas supprimer le drain du huitième au dixième jour. Si les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération la malade est très faible ou tend à avoir de la température, il est bon de lui faire encore journellement une injection sous-cutanée, de 500 à 1,000 gr. de sérum artificiel, tout comme le premier jour.

Il est rare que la malade urine seule le premier jour, on est généralement obligé de la sonder ; mais le second jour elle peut s'en passer. C'est également le second ou le troisième jour que la malade rend des gaz par l'anus. A partir de ce moment seulement on lui fait prendre du lait. Si la malade a de petites coliques et ne rend pas de gaz, on peut faciliter leur évacuation en plaçant une grosse sonde

rectale à demeure. Il est rare que l'on soit obligé de lui donner un lavement (eau et glycérine) pour la soulager. La malade ne va d'ordinaire à la selle que le quatrième jour, spontanément ou à la suite d'un lavement. On peut alors commencer à l'alimenter légèrement et à permettre des blancs de poulet et des choses légères. Dans les cas où l'intestin a subi au cours de l'opération une légère atteinte nécessitant une réparation totale ou partielle de ses tuniques, il faut l'immobiliser pendant au moins huit jours.

Les fils profonds de la suture de la paroi sont enlevés au huitième jour; les fils superficiels au dixième jour seulement.

En général, le drain est retiré du quatrième au huitième jour; la malade se lève vers le vingtième et sort peu après.

D. — Remarques sur quelques points de technique.

DE L'ABLATION DE L'UTÉRUS AVANT CELLE DES ANNEXES. — La technique de l'hystérectomie sus-vaginale telle que nous venons de la décrire, diffère de celle que M. le professeur Terrier décrivit en 1897 et en 1898, par un de ses temps.

A cette époque, en effet, dans un premier temps on enlevait les annexes de chaque côté; dans un temps suivant l'on traçait sur la face antérieure de l'utérus la collerette péritonéale, puis l'on procédait à la section sus-vaginale du col de l'utérus. C'était l'hystérectomie sus-vaginale telle que M. Terrier la pratique encore dans les cas de fibromes, mais non pour les annexites.

A l'heure actuelle, on ne s'occupe des annexes que pour les libérer et l'on va droit à l'utérus dont l'ablation devient un temps préliminaire à celui des annexes. Cette seconde manière d'agir réalise un grand progrès, car après la libération des adhérences utéro-annexielles, une fois celui-ci enlevé, on a beaucoup plus d'espace pour manœuvrer dans le petit bassin. La main peut profiter de tout l'espace laissé libre par la disparition du corps pour venir libérer les annexes de leurs dernières adhérences à la paroi pelvienne latérale, et peut procéder à leur décortication de bas en haut, c'est-à-dire en les sou-

avant et en les déroulant, ce qui facilite grandement leur extraction. On a plus de place également pour nettoyer le fond du petit bassin que l'on peut évider complètement en enlevant ou en décollant soit avec la main soit en s'aidant des ciseaux, toutes les poches annexielles.

Dans certains cas d'annexites haut situées, libres de toutes adhérences ou n'en ayant contracté que de peu denses et faciles à libérer, on peut encore procéder suivant la première manière, c'est-à-dire pratiquer dans un premier temps l'ablation des annexes, puis tracer la collerette péritonéale sur la face antérieure de l'utérus de gauche à droite en partant du point où s'arrête le pédicule utéro-ovarien, et enlever ensuite le corps de l'utérus après avoir pincé les artères utérines.

Dans ses premières opérations, M. Terrier s'appliquait également à tracer sur la paroi postérieure de l'utérus un lambeau péritonéal : or ce lambeau est très difficile à tracer alors même que le cul-de-sac postérieur est libre ; bien souvent, surtout dans les cas où les annexes sont adhérentes à la face postérieure de l'utérus, on ne peut trouver une surface de péritoine saine suffisante. M. Terrier a renoncé à ce procédé et ne taille plus qu'un lambeau antérieur que l'on rabat par-dessus le moignon et que l'on suture au liséré péritonéal qui borde la tranche postérieure du moignon.

DE L'ABLATION DU COL APRÈS SA SECTION SUS-VAGINALE PERMETTANT L'OUVERTURE DU VAGIN. — Enfin nous voulons parler d'une petite modification de l'opération, dont l'indication rare, mais qu'il peut être nécessaire de réaliser. Nous voulons parler des cas où après avoir sectionné le corps de l'utérus au-dessus du col dans l'intention de faire une hystérectomie sus-vaginale, on veut transformer cette opération en hystérectomie totale. On peut y être amené pour réaliser un drainage vaginal nécessaire par insuffisance du moignon cervical ou bien encore parce que le col est malade et doit être enlevé en totalité.

Ce cas s'est présenté dans une de nos observations (obs. XV) où l'on ne put suturer le moignon du col dont le tissu était extrêmement dur ; rien ne fut plus facile que de désinsérer le vagin autour du col

en ouvrant d'abord le cul-de-sac antérieur dans lequel on introduit une pince par le vagin.

Le col est pris solidement dans les mors d'une pince à l'aide de laquelle on le soulève pour sectionner les insertions du vagin, dont les bords sont suturés. On termine en somme son hystérectomie comme toute opération totale.

APPENDICITE ET ANNEXITE. — Quand dès le début de l'opération, en cherchant à se rendre compte de l'état des organes du petit bassin on s'aperçoit qu'il y a des lésions de l'appendice en relation visible avec l'annexite droite, il faut libérer cet appendice s'il est adhérent aux annexes et pratiquer, avant d'aller plus loin, l'appendicectomie.

Mieux vaut réséquer l'appendice dès le début, car après avoir agé ainsi, on n'a plus à s'occuper du cæcum que l'on peut cacher sous des compresses, protégeant ainsi avec sécurité le flanc droit.

Après toute hystérectomie, quand on baisse le plan incliné et que l'on replace la masse intestinale qui vient tomber dans le petit bassin, il est sage de constater l'état de l'appendice, alors même qu'il ne fût pas nécessaire de le libérer au début, et que rien n'a attiré l'attention sur lui. On trouvera parfois l'appendice un peu malade, et ce ne sera guère allonger l'opération que de le réséquer.

Dans sa thèse « *Appendicite et annexite* », Barnsby conseille de s'assurer de l'intégrité de l'appendice dans toute laparotomie pour lésions annexielles. Souvent l'appendice n'est pas sain sans avoir l'aspect malade, et Barnsby se demande si ce ne serait pas une bonne chose que de toujours enlever de parti pris l'appendice, même sain, puisque c'est un organe « toujours inutile et souvent nuisible ». Une pareille conduite paraît rationnelle en lisant certaines observations où après une laparotomie il y eut persistance de troubles abdominaux d'origine uniquement appendiculaire.

DE LA PÉRITONISATION. — Nous avons longuement insisté en décrivant le procédé du professeur Terrier sur la nécessité de recouvrir de péritoine toutes les parties cruentées du petit bassin. Nous n'y reviendrons pas en détail, mais nous voulons seulement rappeler qu'à l'aide des organes voisins on peut toujours recouvrir une petite étendue de tissus dépourvus de péritoine, et que dans certains cas

où le péritoine du petit bassin n'existe plus presque dans sa totalité, on peut trouver dans la pratique de Bardenhauer une précieuse ressource.

DU DRAINAGE. — Nous ne voulons pas faire ici une étude complète du drainage. Au point de vue expérimental, sur lequel il y aurait encore beaucoup à dire, il a déjà été bien étudié par J. G. Clark, Grawitz, Weigner, Pawloski, Reichel. Grâce à leurs travaux, on a acquis quelques notions très nettes et déjà suffisantes. Certains opérateurs, et non des moindres, comme Kelly, pensent que non seulement le drainage n'est pas nécessaire mais que souvent il est nuisible, et il déclare se séparer complètement des chirurgiens qui drainent dans presque tous les cas. Or cette pratique du drainage systématique nous semble excellente et parfois absolument nécessaire.

Pour aussi faible que soit la quantité de liquide séro-sanguinolent stagnant dans les parties déclives du petit bassin où aboutit le drain, il semble qu'il est préférable de lui assurer une voie d'écoulement, de ne pas laisser s'accumuler là un petit foyer où les bacilles pourront trouver un excellent milieu de culture. Si l'on a soin de placer un drain et de faire par son aide l'aspiration du liquide, on en évite justement la stagnation ; l'aspiration est d'ailleurs absolument nécessaire si le suintement est trop peu abondant pour que les liquides viennent sourdre de la profondeur à l'extérieur. Dans ces cas on enlève le drain le deuxième ou troisième jour, la cicatrisation de la plaie se poursuit régulièrement et l'on est assuré contre les ennuis d'une rétention qui, même très minime, peut causer de la fièvre.

Dans les cas où l'on a dû pratiquer une intervention pour des cas suppurés, où des poches se sont rompues, où la grande cavité est restée exactement protégée, mais où le petit bassin a été souillé ; dans les cas où le péritoine a été détruit par les masses inflammatoires et où on a eu de la peine à péritoniser, le drainage devient rigoureusement nécessaire.

Ici se pose une question importante : faut-il drainer par l'abdomen, faut-il ouvrir le vagin ? Certains chirurgiens, comme Jonnesco, ont complètement renoncé au drainage sus-pubien pour n'utiliser que la voie vaginale ; d'autres, comme mon maître le professeur Terrier, ne drainent jamais par le vagin et toujours par l'abdomen. Nous allons

dire ce que nous avons vu en suivant les malades que nous avons vu opérer et que nous pansions nous-même. amais, nous le disons pour n'avoir plus à y revenir, nous n'avons vu d'éventration ou, par la suite, la cicatrice présenter un point plus faible là où le drain avait été placé. En général, nous laissons le drain un peu plus de trois ou quatre jours. De la genière ne le laisse que deux jours, jamais plus de quatre. Nous avons trouvé bon d'agir autrement et voici notre pratique : ayant remarqué que souvent en enlevant le drain alors qu'il donnait peu mais donnait encore, nous avions une petite élévation de température ; ayant, d'autre part, noté au point de vue de la solidité de la paroi la bénignité du drainage prolongé dans des cas de nécessité, nous avons pris l'habitude de n'enlever le drain que le huitième ou le dixième jour, alors que par l'aspiration on n'obtient plus écoulement de sérosité, et cela depuis deux jours au moins. Nous avons ainsi évité à nos malades de petites élévations de température s'accompagnant de maux de tête, de nausées ; ces malaises sont évités par un drainage prolongé et sans inconvénient, comme le prouvent nos observations.

Ce drainage est toujours fait avec un drain souple, auquel on ne peut pas faire le reproche de léser par pression les parties voisines et d'entretenir un suintement prolongé, inconvénients que Kelly trouve aux tubes de verre.

Ces drains s'enlèvent avec facilité et se remettent de même. Nous avons pris en effet l'habitude de ne jamais supprimer brusquement le drainage en enlevant le drain placé le jour de l'opération. Nous diminuons peu à peu le calibre du drain, auquel nous laissons toujours la même longueur. On comprend aisément que l'on obtient peu à peu l'oblitération du trajet du drain tout en allant jusqu'au fond de la région drainée, qui ne le serait plus et où même se formerait un petit clapier, source d'accidents de rétention, si l'on raccourcissait la longueur du drain devenu ainsi d'une utilité absolument illusoire.

Cette commodité qu'il y a à pouvoir changer les drains est surtout appréciable dans les cas où ils deviennent imperméables, ce dont on s'aperçoit presque en regardant seulement la feuille de température, car cette obstruction s'accompagne toujours d'une brusque ascension de température, analogue à celle que l'on constate si le drainage est supprimé trop tôt.

Enfin nous dirons que l'on a reproché, et c'est encore Kelly, à l'acte mécanique d'enlever le drain l'infection du trajet. C'est là un fait que nous n'avons jamais observé, même dans les cas où l'extrémité inférieure du drain était en contact avec les liquides qui, ramenés par l'aspiration, étaient manifestement séropurulents et dans lesquels, par l'analyse bactériologique, nous avons pu constater la présence de streptocoques et de staphylocoques.

Nous pensons donc que l'emploi du drainage abdominal avec un drain souple est excellent; si nous trouvons qu'il faut le recommander, nous n'en dirons pas autant du drainage avec les mèches de gaze. On a d'abord une extrême difficulté à retirer les mèches qui, elles, contractent des adhérences avec les tissus voisins de leur trajet, et leur extraction est horriblement douloureuse. Elles ont surtout le gros inconvénient de mal drainer et la plupart du temps il se forme dans la profondeur de la rétention de liquides qui viennent sourdre à l'extérieur dès qu'on retire le drainage de gaze.

Dans un cas où nous avons vu placer un drain entouré de gaze, le drainage fut ainsi insuffisant; dans un second cas où l'on avait mis pour unique drainage une mèche de gaze, on fut obligé, après l'avoir retirée, de la remplacer par un drain pour permettre l'écoulement de liquide accumulé dans la profondeur et dont elle n'avait pas permis l'évacuation.

Le drainage vaginal est-il meilleur? Nous ne le pensons pas, la voie sus-pubienne nous ayant toujours donné de si beaux résultats.

Cependant nous serions tenté de le recommander dans ces cas où tout le petit bassin était comblé de poches suppurées, dont quelques-unes se sont rompues, où le péritoine n'existait plus et où l'on n'a pu recouvrir la paroi pelvienne d'un revêtement péritonéal grâce seulement aux moyens préconisés par Bardenhauer et Amann.

L'hystérectomie totale dans ces cas semble plus indiquée d'ailleurs que la sus-vaginale que l'on peut cependant très bien utiliser, en ouvrant le cul-de-sac postérieur en arrière du moignon. Ayant remarqué certains cas où le drainage abdominal, tout en donnant d'excellents

résultats, n'est pas parfait, ne voulant pas le remplacer par le drainage vaginal unique, le professeur Terrier pense que le drainage abdomino-vaginal trouvera là une de ses plus utiles indications. La thèse de Carle (de Lyon) semblerait devoir entraîner pareille conviction.

CHAPITRE XIII

Valeur des divers procédés. Leurs résultats éloignés.

Dans les cas simples d'annexites, suppurées ou non, il est toujours facile de pratiquer la castration utéro-annexielle par n'importe lequel des procédés décrits précédemment. Il cesse d'en être ainsi dans les cas compliqués, surtout chez les femmes où tout le petit bassin est envahi par les lésions inflammatoires qui ont contracté de multiples adhérences. Il convient alors de faire un choix entre les différentes techniques, certaines d'entre elles permettant une opération plus facile et plus rapide.

Une des premières difficultés qui se présentent est due à la présence des adhérences. Elles siègent, la plupart du temps, dans le cul-de-sac postérieur où les annexes et les poches péri-annexielles sont tombées. Ces adhérences se trouvent rarement, en avant de l'utérus, en assez grand nombre ou assez denses pour empêcher la recherche du cul-de-sac vésico-utérin et d'aller ouvrir le vagin par le cul-de-sac antérieur, comme dans le procédé de Richelot. Cependant le fait peut se présenter et, de l'avis même de son auteur, il vaut mieux alors renoncer à cette méthode pour en choisir une autre qui permet d'arriver à l'utérus par une voie plus libre.

S'il faut renoncer à pénétrer dans le vagin et à libérer le col de ses insertions en passant en avant de l'utérus, quand les adhérences font obstacle, il convient de suivre la même règle dans les cas où c'est le cul-de-sac postérieur qui est comblé.

Supposons d'abord le cas où l'on veut pratiquer l'hystérectomie totale et admettons que les adhérences ne gênent point ou bien ont pu être libérées de telle façon que l'utérus et les annexes soient complètement dégagés. Ces organes ne restent plus maintenus en place que par leurs moyens de suspension normaux, les ligaments larges et ronds et l'insertion du vagin sur le col. Toutes les méthodes vont se

résumer dans la manière dont on va se comporter vis-à-vis de ces moyens de suspension en les attaquant de *haut en bas* ou de *bas en haut*.

Détacher les adhérences est un acte auquel on arrive toujours en procédant avec méthode et précaution ; sectionner les ligaments larges soit contre les flancs de l'utérus, soit au point où ils s'attachent sur la paroi pelvienne, n'est jamais un temps très délicat ; il en est de même pour les ligaments ronds. Il est possible de les saisir avec des pinces qui les maintiendront et assureront du même coup l'hémostase des vaisseaux qui suivent leur trajet. Pincer les artères utérines qui ne sont pas un élément de fixité bien grand pour l'utérus, est une manœuvre importante mais, en somme, facile ; le point délicat, c'est de désinsérer le vagin dont les insertions fixent seules d'une façon efficace l'utérus. Cette désinsertion une fois réalisée, l'utérus est commodément enlevé et avec lui les annexes, si on a pratiqué la section des ligaments contre la paroi pelvienne.

Par le procédé de Delagenière, où l'extirpation se fait de haut en bas, on a toute commodité pour enlever l'utérus, car on a extirpé préalablement les annexes, mais cette commodité n'est réelle que si les annexes suppurées sont haut placées ; au contraire, ce temps est rendu extrêmement difficile dans les cas d'annexites suppurées de très gros volume, adhérentes non par des adhérences rubaniformes mais par toute leur surface, et où des poches multiples entourent l'utérus et comblent le cul-de-sac postérieur par lequel il devient presque impossible d'attaquer le vagin.

Pour remédier à cette difficulté de pénétrer facilement par le cul-de-sac postérieur, le procédé de Henri Hartmann offre le précieux avantage d'avoir préalablement sectionné le ligament utéro-ovarien et libéré les annexes. Les procédés de Jonnesco et de Richelot qui ouvrent d'abord le cul-de-sac antérieur, est encore un correctif excellent et une précieuse ressource, car le plus souvent il n'y a que peu ou pas d'adhérences en avant de l'utérus. La technique de Richelot permet d'isoler les annexes de bas en haut, mais cette manière de faire ne peut donner toute la commodité que l'on devrait en retirer, car la main est gênée par la présence de l'utérus.

Jean-Louis Faure, frappé de ces deux inconvénients, avait trouvé dans l'hémisection utérine un moyen pratique de les réaliser.

En sectionnant l'utérus sur sa ligne médiane, il arrivait à coup sûr dans le vagin, puis saisissant chaque moitié du col, il désinsérait le vagin et, la soulevant, il décollait de bas en haut les annexes, la main détruisant peu à peu les adhérences en travaillant tout contre la paroi. Nous pensons que parmi tous les procédés d'hystérectomie totale, ce procédé est assurément le meilleur ; c'est l'avis d'un grand nombre de chirurgiens qui, grâce à lui, ont pu se tirer d'embarras, et nous en avons reçu l'aveu même de la bouche de MM. Riche, Richelot, Tedenat.

Mais ici l'on peut se demander si l'ablation totale de l'utérus est nécessaire, si l'hystérectomie sus-vaginale de l'utérus ne suffit pas, si même elle n'est pas préférable. Que l'on s'attache à séparer les annexes contre la paroi latérale pelvienne pour aborder l'utérus par le côté, comme le fait Kelly ; que l'on fasse l'hémisection comme la pratique Faure en s'arrêtant au-dessus de l'insertion du vagin, ou bien encore que l'on commence par enlever le corps de l'utérus par une section sus-vaginale entre les masses annexielles suivant la pratique du professeur Terrier, on respecte l'insertion du vagin sur le sol.

L'on n'a plus alors à se préoccuper de la désinsertion du vagin, d'où une certaine économie de temps dans la durée de l'opération, puisque l'on n'a plus à pratiquer l'hémostase des branches vaginales, à les suturer ou à les border de péritoine suivant la pratique des partisans du drainage vaginal. Il est même logique de trouver un avantage de plus à cette section sus-vaginale du col qui, demeurant, contribue à assurer la solidité du plancher pelvien dont on respecte l'intégrité. Chez certaines femmes à tissus mous, ayant des tendances à toutes les ptoses, cette considération a une certaine valeur réelle. Celos a rapporté à la Société anatomique un cas où chez une femme ayant subi l'hystérectomie vaginale il y eut une chute des organes du petit bassin par effondrement de la voûte vaginale. Ce cas ne se verra jamais après une hystérectomie où l'on aura laissé le col de l'utérus. On évitera également ces raccourcissements du vagin, ces cicatrices douloureuses à ce niveau et ces fistules possibles à la suite d'un long drainage qui l'on a parfois observés.

Admettons que le drainage vaginal soit nécessaire, on pourra le pratiquer en ouvrant le cul-de-sac postérieur en arrière du moignon cervical, et s'il est altéré et ne peut être laissé, nous aurons toujours la ressource de l'enlever facilement en ouvrant un des culs-de-sac.

Le procédé du professeur Terrier nous semble réaliser le maximum des avantages possibles. C'est une hystérectomie sus-vaginale avec toutes les commodités de cette opération et, de plus, l'ablation de l'utérus avant celle des annexes permet d'avoir entre les masses à enlever un espace large où la main évolue à son aise et permet de décoller en les soulevant de bas en haut les annexes et les poches péri-annexielles, de tendre les adhérences et de les sectionner plus facilement, de nettoyer complètement le petit bassin.

En opérant ainsi, le professeur Terrier a fait, depuis 1896, 74 castrations utéro-annexielles abdominales avec 4 morts seulement, dont 3 parmi les 20 premières opérations et une seule pour les 64 dernières. Ce qui s'explique facilement par ce fait que plus on a pratiqué une opération, plus on l'a perfectionnée, meilleurs sont les résultats. Encore cette mort est-elle survenue chez une femme opérée presque par nécessité, après poussée aiguë de pelvi-péritonite à peine refroidie, et qui mourut de septicémie suraiguë avec intoxication généralisée au second jour. A l'autopsie, on ne trouva pas de pus dans le péritoine, mais l'examen du sang pris le jour de l'opération et le lendemain montra qu'il contenait de nombreux streptocoques, microbes qui pullulaient dans le pus des annexes suppurées avec poches multiples englobant l'utérus, et dont aucune n'avait été rompue au cours de l'opération.

Nous nous sommes attaché à voir quels résultats avaient obtenus les chirurgiens qui avaient pratiqué la castration utéro-annexielle soit totale, soit sus-vaginale par la voie abdominale. Nous avons réuni les statistiques de ceux qui ont publié leurs observations et de ceux qui ont bien voulu nous en donner le relevé (encore inédit), ce dont nous les remercions profondément. Nous avons compté également les cas de ceux qui ont peu opéré suivant cette méthode et de ceux qui l'ont employée souvent de parti pris ou uniquement, voulant voir les résultats auxquels on arrivait à l'heure actuelle. C'est ainsi que nous avons pu arriver à dresser les tableaux suivants.

I. — HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES TOTALES

Montprofit (d'Angers).....	6	opérations avec	6	guérisons et 0 mort.
Jean-Louis Faure (de Paris)....	31	—	29	— 6 —
Quénu (de Paris).....	16	—	15	— 1 —
Pauchet (d'Amiens).....	6	—	6	— 0 —

Routier (de Paris).....	33	opérations avec	31	guérisons et	2	morts
Segond (de Paris).....	10	—	8	—	2	—
Delagenière (du Mans).....	22	—	19	—	3	—
Reclus (de Paris).....	2	—	2	—	9	—
Legueu (de Paris).....	17	—	16	—	1	—
Dolérès (de Paris).....	2	—	2	—	0	—
Phocas (de Lille).....	4	—	4	—	0	—
F. Terrier (de Paris).....	2	—	2	—	0	—
Thiébaud.....	1	—	1	—	0	—
Nanu (de Bucarest).....	20	—	18	—	2	—
Richelot (de Paris).....	30	—	27	—	3	—
Hartmann (de Paris).....	67	—	66	—	1	—
Bardenhauer (de Bonn).....	56	—	53	—	3	—
Jacobs (de Bruxelles).....	46	—	46	—	0	—
Baldy.....	73	—	71	—	2	—
Schauta.....	36	—	33	—	3	—
Rosthorn.....	58	—	54	—	4	—
Czempin.....	5	—	3	—	2	—
Sänger.....	1	—	1	—	0	—
Döderlein.....	2	—	2	—	0	—
Polk.....	22	—	21	—	1	—
Pryor.....	12	—	12	—	0	—
Morris.....	2	—	0	—	2	—
Plischer.....	1	—	1	—	0	—
Currier.....	1	—	1	—	0	—
Elliot.....	1	—	1	—	0	—
P. Mundle.....	1	—	1	—	0	—
Penrose.....	15	—	15	—	0	—

Soit un total de..... 601 opérations avec 563 guérisons et 38 morts
et 6,3 de mortalité.

II. — HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES SUS-VAGINALES

II. Kelly (de Baltimore).....	113	opérations avec	109	guérisons et	4	morts.
F. Terrier (de Paris).....	72	—	68	—	4	—
Forgue (de Montpellier).....	5	—	5	—	0	—
Tédenat (de Montpellier).....	23	—	19	—	4	—
Gosset (de Paris).....	2	—	2	—	0	—
Delagenière (du Mans).....	1	—	1	—	0	—
Schwartz (de Paris).....	4	—	4	—	0	—
Riche (de Paris).....	6	—	6	—	0	—
J. Bœckel (de Strasbourg)....	5	—	4	—	1	—
Quénu (de Paris).....	36	—	34	—	2	—

Soit un total de..... 267 opérations avec 252 guérisons et 15 morts.
et 5,1 de mortalité.

On voit que nous arrivons en définitive aux résultats suivants :

Hystérectomies abdominale totale et sus-vaginale réunies 6,1 p. 100 de mortalité;

Hystérectomie abdominale totale 6,3 p. 100 de mortalité;

Hystérectomie abdominale sus-vaginale, 5,1 p. 100 de mortalité.

Cette opération est donc peu meurtrière et l'on voit que sa mortalité diminue considérablement entre les mains de ceux qui l'emploient systématiquement, puisque Terrier n'a que 4 morts sur 74 cas, Hartmann une seule sur 67 opérations, Kelly 4 morts sur 113 interventions. On ne reprochera donc pas sa gravité à la voie abdominale, et l'on sera bien plus tenté de la préconiser quand on verra l'unanimité qu'il y a chez ceux qui l'ont employée à se déclarer satisfaits de ses résultats éloignés excellents, donnant une guérison radicale. J'ai tenu à examiner ce qu'avaient donné à ce point de vue les 74 malades opérées par mon maître M. le professeur F. Terrier, et j'ai cherché à revoir les femmes opérées par lui. J'en ai revu beaucoup moi-même, moi-même je les ai examinées, pratiquant le toucher quand j'y étais autorisé, constatant la solidité de la cicatrice.

Aux résultats éloignés de 23 opérations déjà publiées par mon maître en 1898 et en 1899 j'ai pu avoir, en ne tenant pas compte de 12 femmes opérées depuis moins de trois mois, un total de 34 examens à une date éloignée de l'opération, chez des femmes ayant repris leur existence ordinaire depuis quatre mois au minimum. Je n'ai jamais trouvé *trace d'éventration* ou de *parois seulement faibles*.

Une fois j'ai constaté une petite fistule chez une femme qui avait présenté pendant quelque temps une légère induration du côté du ligament large gauche à un examen antérieur, induration moins considérable en train de disparaître. La fistulette insignifiante ne gênait en rien la malade et donnait très peu (obs. XXXI).

Une autre (obs. XLIX) présente également une légère induration non douloureuse du ligament large gauche qui ne la trouble pas.

Chez une autre, il y a pendant quelques semaines une petite fistulette qui s'est formée (obs. XXIII). Une malade (obs. X) souffrait beaucoup quand elle fatiguait; mais sa douleur disparaissait par le repos et n'existait pas quand elle ne se surmenait pas.

Enfin j'ai trouvé une jeune malade que j'ai vue plusieurs fois, hystérique, ayant été soignée antérieurement à son opération dans un

service spécial, qui a subi la castration utéro-annexielle totale et souffre : « des mêmes douleurs que j'éprouvais continuellement, dit-elle, avant mon opération, mais seulement pendant les trois jours qui correspondent à l'époque où j'avais mes règles que je ne vois plus ».

Une femme à laquelle on avait laissé un ovaire, en pratiquant l'hystérectomie sus-vaginale, se porte admirablement, mais a vu persister ses règles, toutefois diminuées de durée et de quantité (obs. IV).

J'arrive donc à constater, en ne tenant pas compte d'une femme dont le malaise passager est très spécial, à ne trouver que trois femmes chez lesquelles il y a parfois un petit malaise. Elles trouvent elles-mêmes que ce ne sont que de très petits ennuis et non continus ; mais, même en les laissant à part, 31 examens ont donné un résultat absolument parfait.

J'ai revu six malades opérées par le Dr Riche, toutes les six en excellente santé locale et générale. M. Hartmann, sur 39 opérées revues ultérieurement, a 38 guérisons radicales. Une seule de ses opérées, tuberculeuse, a gardé une petite fistule stercorale. Kelly déclare que jamais il n'a vu d'accidents ultérieurs ; MM. Richelot et Jean-Louis Faure m'ont dit avoir fait la même constatation. Et par la connaissance de tous ces faits on est, me semble-t-il, en droit de conclure à l'excellence d'une opération qui a l'avantage de se faire à ciel ouvert, en toute sécurité, sans autres complications immédiates ou postérieures que toute autre grande opération abdominale, supérieure comme résultats immédiats et surtout éloignés à tout autre mode de traitement contre l'affection qui la justifie.

OBSERVATIONS

Nous donnons ici les 74 observations recueillies par les élèves de M. le professeur Terrier ou par nous depuis qu'il pratique la castration utéro-annexielle abdominale, c'est-à-dire depuis 1896.

Nous avons tenu à joindre aux 20 premières déjà publiées par lui celles que l'on avait prises depuis, et celles que nous avons rédigées nous-même ou que nos collègues ont bien voulu rédiger spécialement pour nous, toutes d'après le même plan.

Nous donnons l'observation complète de chaque malade, car, outre l'intérêt qu'il y a à décrire l'opération pour en tirer nos conclusions, nous pensons que la lecture de la totalité des observations pourra être intéressante pour montrer les indications de l'opération, et que peut-être un jour elles pourront servir pour un autre travail.

OBSERVATION I (recueillie par M. MOUCHOTTE).

Salpingite double tuberculeuse. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Eugénie L..., domestique, 20 ans, entre le 14 mai 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, régulièrement toutes les trois semaines. Pas de pertes blanches, pas de grossesse, pas de fausse couche.

Depuis quinze jours, la malade se plaint de douleurs lancinantes dans les fosses iliaques, exagérées par la fatigue. Pas de maladies antérieures.

État actuel. — Col normal. Dans le cul-de-sac latéral gauche, à gauche et en arrière on sent une masse dure et douloureuse.

OPÉRATION, le 29 mai 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. La main va chercher les annexes et les attire au dehors, après avoir rompu quelques adhérences. Les trompes sont tuméfiées, de couleur rougeâtre, du volume d'une orange à droite, un peu moins grosse à gauche. Les ovaires sont congestionnés. Ablation des annexes et hystérectomie sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : cinquante-neuf minutes.

Suites opératoires. — Soir de l'opération, T. 36°,8 ; P. 83.

Le 30 mai. Matin : T. 37°,4 ; P. 90. Soir : T. 37°,9 ; P. 105.

Le 31. Matin : T. 37°,2 ; P. 90. Soir : T. 37°,6 ; P. 100.

Le 1^{er} juin. Matin : T. 36°,9 ; P. 84. Soir : T. 37°,3 ; P. 84.

On change le drain au troisième jour et le sixième on l'enlève.

La température demeure au-dessous de 37° jusqu'à la guérison de la malade, qui sort au vingt-cinquième jour.

Examen des pièces. — Utérus normal. Trompe droite du volume d'une orange, à contenu caséeux et à parois très épaisses. Même état de la trompe gauche, un peu moins volumineuse.

Résultat éloigné. — Revue au début de mai 1901, très bien portante.

OBSERVATION II (recueillie par M. MOUCHOTTE).

Salpingite double tuberculeuse. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

D..., femme G..., ménagère, 20 ans, entre le 27 mars 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, régulièrement. Il y a un an, elle a fait une fausse couche. Depuis, elle se plaint de douleurs dans la région hypogastrique et la fosse iliaque gauche. Vives douleurs à la miction. Les règles sont devenues irrégulières, reparaissent tous les quinze jours et sont suivies de pertes blanches et vertes.

État actuel. — Col très mince en museau de taupe, très allongé. Utérus en antéflexion, dont le corps est légèrement augmenté de volume. On sent par le toucher, à gauche de l'utérus, dans le cul-de-sac latéral, une masse arrondie, dure, douloureuse à la pression, du volume d'une grosse noix.

OPÉRATION, le 18 avril 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. Les deux trompes sont atteintes de salpingite, la trompe gauche surtout paraît plus atteinte. On libère les adhérences qui rattachent les annexes au pelvis et à la face postérieure de l'utérus, puis on les enlève. Hystérectomie sus-vaginale. Drain. Durée de l'opération : une heure vingt-cinq.

Suites opératoires. — Température 37°,4 le soir et tout le lendemain de l'opération, pouls à 100. Le second jour, la température est de 37°,5 le matin et de 37°,7 le soir; elle tombe ensuite à 36°,7 et demeure la même jusqu'à la sortie de la malade, le vingt-quatrième jour. On a changé le drain le sixième jour et il a été enlevé complètement le onzième.

Examen des pièces. — Utérus normal à la coupe. Trompe gauche dilatée, du volume du pouce, présentant deux noyaux fibreux de la grosseur d'une noisette, à l'union de la trompe avec l'utérus. Trompe droite plus volumineuse avec contenu caséux.

Résultats éloignés. — N'a pas été revue.

OBSERVATION III (recueillie par M. MOUCHOTTE).

Salpingite double suppurée tuberculeuse. — Métrite. — Hystérectomie sus-vaginale. — Guérison.

Marie B..., femme D..., domestique, 25 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, le 10 mars 1900, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, régulièrement.

Depuis novembre dernier, pertes d'abord blanches puis verdâtres, dont l'apparition a coïncidé avec celle des règles plus abondantes et plus longues, huit jours au lieu de deux. Depuis deux ans déjà, la malade souffrait dans la fosse iliaque droite; mais depuis décembre, ces douleurs siègent dans tout le ventre et dans la fosse iliaque gauche. Pas de grossesse, pas de fausse couche.

État actuel. — Col petit, pointu, fermé, regardant en avant. Corps de l'utérus un peu refoulé à gauche, très difficile à sentir; par la palpation on ne peut atteindre le fond. Dans le cul-de-sac droit, on sent une masse du volume d'une noix. Dans le cul-de-sac gauche, légèrement douloureux, on délimite une masse de la grosseur d'une mandarine.

OPÉRATION, le 30 mars 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Mouchotte, Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. L'épiploon est très adhérent dans le fond du petit bassin ; il est recouvert de granulations d'aspect tuberculeux, que l'on retrouve sur le péritoine pelvien et de l'S iliaque, mais non sur l'intestin grêle. On libère ces adhérences épiploïques, et l'on enlève d'abord les annexes, qui sont conservées intactes, transformées en poches à contenu caséeux. Hystérectomie sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi.

Durée de l'opération : une heure huit minutes.

Suites opératoires. — Soir de l'opération, T. 37° ; P. 105. Sérum ; éther et caféine : 2 piqûres.

Les deux jours suivants, la température monte jusqu'à 38°,1 le soir, le pouls oscillant entre 90° et 100° ; on fait une injection de sérum et des piqûres de caféine ; la malade rend des gaz. Puis la température oscille pendant cinq ou dix jours entre 37° et 37°,6. La malade a quelques râles de bronchite au sommet ; on place des ventouses. On enlève le drain le sixième jour. La malade sort guérie le vingt-sixième jour.

Examen des pièces. — L'utérus paraît normal comme volume ; métrite. La trompe gauche présente deux nodules fibreux au niveau de son extrémité interne.

Les ovaires paraissent sains. La trompe droite a des parois fibreuses très épaisses.

Résultats éloignés. — Revue en mai 1901, elle était en très bonne santé, ne se plaignant plus de rien.

OBSERVATION IV (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Salpingite double. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Conservation de l'ovaire droit. — Guérison.

Blanche S..., célibataire, couturière, 21 ans, entre le 2 février 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Depuis deux ans, à la suite d'un accouchement, la malade a de fortes hémorragies et ressent de violentes douleurs dans les deux fosses iliaques avec irradiations dans les lombes et les plis de l'aîne. Leucorrhée. Les règles sont régulières, mais douloureuses et mélangées de caillots. Il y a un an, elle a été soignée pour une métrite.

État actuel. — Les douleurs des fosses iliaques sont exagérées par la palpation et la station debout. Au toucher, on sent le col un peu gros, mou, déchiqueté. Le cul-de-sac latéral gauche est un peu empâté et douloureux ; dans le cul-de-sac droit, un peu moins douloureux, on sent une petite masse. Le cul-de-sac postérieur bombe fortement.

OPÉRATION, le 22 février 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Sikora et Friedel. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. La trompe droite malade, sinueuse, augmentée de volume, sans contenu liquide, oblitérée au niveau du pavillon, est enlevée, mais on laisse l'ovaire sain. A gauche, on libère et on enlève la trompe dilatée, du volume du pouce, pleine d'un liquide muco-purulent ; on enlève également l'ovaire scléro-kystique. Hystérectomie sus-vaginale. Pas de drain. Suture de la paroi.

Suites opératoires. — Excellentes. La malade n'a jamais dépassé 37°,1 et sort guérie le vingt-sixième jour.

Résultats éloignés. — La malade vient d'être revue en mai. Elle se porte excessivement bien, mais elle a été très frappée de ce fait qu'elle a ses règles comme autrefois, alors qu'on lui avait dit qu'on lui avait enlevé l'utérus. Ses règles viennent toujours aux mêmes époques, quoique moins abondantes, et elles tendent depuis quelques mois à être moins longues et moins fortes. On avait laissé à cette malade son ovaire droit qui était sain.

OBSERVATION V, (recueillie par M. ARMAND BERNARD).

Double salpingite non suppurée. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

J. P..., 24 ans, caissière, entre le 5 novembre, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Elle entre pour des douleurs abdominales.

Réglée à 15 ans, règles régulières durant quatre à cinq jours. Pas de fausse couche. Deux grossesses normales.

Depuis son dernier accouchement, il y a sept mois, qui fut assez laborieux et suivi de fièvre, elle a commencé à souffrir dans le bas-ventre.

Depuis, ces douleurs persistent plus ou moins intenses, surtout vives à gauche, avec irradiations dans le rectum et la jambe gauche ; elles sont parfois aiguës, lancinantes et surtout intenses aux approches des règles, moindres pendant cette période. Depuis deux mois elles sont plus vives et presque continues, rendant tout travail impossible et forçant la malade à garder le lit.

Pertes jaunes abondantes, il y a six mois ; et depuis deux mois abondantes, métrorrhagies, avec caillots noirâtres, qui ont cessé, il y a seulement huit jours, à l'époque des règles.

État actuel. — Au toucher : Col un peu gros avec lèvre antérieure un peu épaissie, regardant légèrement en haut et en avant, à orifice allongé dans le sens transversal. Le corps utérin est senti en rétroversion légère dans le cul-de-sac postérieur. Les annexes droites ne sont que très légèrement augmentées de volume. A gauche au contraire, elles sont trois fois plus grosses, douloureuses à la pression et collées le long du bord gauche de l'utérus.

OPÉRATION, le 27 novembre 1899, par M. TERRIER. Aides : MM. Gosset, Bernard et Friedel. Chloroforme par M. Boureau. Hystérectomie sus-vaginale typique. Drain.

Suites opératoires : 27 novembre soir, T. 37°. 2. P. 76. sérum 1,500 grammes.

Le 28. Matin, T. 37°, 6. P. 92. Soir, T. 38°, 4. P. 100.

Le 29. Matin, T. 37°, 6. P. 106. Soir, T. 37°, 8. P. 104. Selle. Gaz.

Le 30. Matin, T. 37°. P. 84. Ablation du drain. Soir, T. 37°, 2. P. 82.

1^{er} décembre. Matin, T. 36°, 8. P. 76. Soir, T. 37°, 6. P. 86.

Le 2. Matin. T. 38°, 4. P. 80. Ablation du drain. Soir, T. 37°. P. 80.

La température oscille entre 37° et 37°, 2 jusqu'à la guérison. Sortie le vingt-cinquième jour.

Résultats éloignés. — La malade n'a jamais été revue.

OBSERVATION VI (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double salpingo-ovarite suppurée, probablement tuberculeuse. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Louise R..., femme F..., couturière, 19 ans, entre le 17 juillet 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Il y a un an, elle a eu un accouchement facile mais suivi de fièvre pendant environ quinze jours. Depuis, leucorrhée abondante. Depuis un mois, la malade perd en jaune et en vert et souffre en urinant.

État actuel. — Au toucher, on trouve un col mou, entr'ouvert, permettant d'introduire l'extrémité de l'index, regardant directement en bas et à gauche. Dans le cul-de-sac droit, on sent la trompe du volume d'une mandarine. On sent dans le cul-de-sac gauche, un cordon dur et douloureux qui paraît partir de la commissure du col et qui a le volume du pouce. L'utérus est de volume normal.

OPÉRATION, le 4 août 1900, par M. TERRIER. Aides : MM. Gosset, Delage et Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. La trompe droite très allongée, flexueuse au niveau de sa portion interne, a tout l'aspect macroscopique des salpingites tuberculeuses, elle est dilatée surtout au niveau du pavillon qui est oblitéré. L'ovaire est scléro-kystique. Les lésions sont identiques à gauche. Hystérectomie sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération quarante-neuf minutes.

Suites opératoires. — Soir de l'opération. T. 37°, 5. P. 80. 150 grammes de sérum.

5 août. Matin et soir, T. 37°, 8. P. 90.

Le 6. Matin, T. 37°, 4. P. 84. Soir, 37°, 3. P. 84.

Le 7. Matin, T. 37°, 2. P. 82. Soir, T. 37°, 3. P. 78. Lavement. Selle.

Le 8. Matin, T. 37°, 1. P. 80. Soir, T. 37°, 5. P. 80. Selle sans lavement.

Pendant quatre jours la malade a la même température, c'est-à-dire, 36°, 9 le matin et 37°, 4 le soir, puis elle tombe définitivement au-dessous de 37°. Le quinzième jour on enlève le drain, qui, jusque vers le dixième, avait donné en

assez grande quantité. Il subsiste un léger suintement par l'orifice qui donnait passage au drain. Ce suintement se tarit peu à peu, disparaît enfin d'une façon complète et la malade sort guérie, avec une cicatrice excellente, soixante jours après l'opération.

Examen des pièces. — Trompe droite mesurant 15 centim., tortueuse, pavillon oblitéré, du volume du pouce. Contenu séro-purulent. Ovaires scléro-kystiques. Mêmes lésions des annexes gauches.

Résultats éloignés. — La malade a été revue, elle va très bien.

OBSERVATION VII (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Salpingite double suppurée. — *Métrite.* — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — *Guérison.*

Alice F..., 31 ans, couturière, entre à l'hôpital Bichat le 28 novembre 1898.

Antécédents. — Il y a trois ans, à la suite d'un accouchement à terme, la malade est prise de frissons, de fièvre et de douleurs; elle fut alors transportée à l'hôpital Saint-Louis, et le Dr G. Richelot lui fit une opération par le vagin (colpotomie ?); elle sortit guérie au bout de vingt jours.

Très bon état pendant deux ans.

Depuis neuf mois, douleurs abdominales et lombaires continues; pas de pertes blanches, pas de troubles dans la menstruation.

État actuel (8 décembre 1898). — Cul-de-sac droit légèrement sensible; le cul-de-sac gauche est occupé par une masse douloureuse du volume d'une mandarine.

OPÉRATION, le 9 décembre 1899. — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale; salpingite double;* utérus gros. Hystérectomie par le procédé habituel. Drainage. On laisse l'ovaire droit qui est sain.

Suites opératoires normales. Sortie le 31 décembre 1898.

Suites éloignées (15 mars 1899). — Depuis sa sortie de l'hôpital, la malade se plaint de douleurs abdominales, revenant par crises tous les huit jours.

Toucher : dans le cul-de-sac postérieur, masse du volume d'une mandarine, douloureuse à la pression, bombant dans le cul-de-sac postérieur.

4 avril 1899. Colpotomie par M. Dr H. Hartmann. Sortie trois semaines après. Les douleurs ont disparu.

7 août 1899. Les douleurs sont revenues, intolérables, depuis deux jours. La malade revient à l'hôpital. Au toucher, le col est en position normale, en parfait état; dans les culs-de-sac droit, gauche, et en arrière, masse douloureuse.

Cette malade est revenue à l'hôpital de la Pitié où on l'a opérée. Le 12 novembre 1900, M. Terrier fait une laparotomie et trouve une anse grêle à une masse qui siège dans le cul-de-sac postérieur, formée par la réunion de trois petites masses kystiques, chacune du volume d'une noix, à contenu séreux, provenant de la dégénérescence kystique de l'ovaire droit. On en pratique l'ablation.

Le liquide des kystes fut examiné et trouvé stérile. On constate que le moignon utérin est très atrophié, du volume d'une noix verte et très souple.

Résultats éloignés. — La malade, revue ces temps-ci, allait admirablement. Culs-de-sac souples et indolores à la pression. Excellente cicatrice.

OBSERVATION VIII (recueillie par M. ARMAND BERNARD).

Salpingite double, suppurée à droite. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Eugénie F..., célibataire, cuisinière, 26 ans, entre le 31 octobre 1899 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Elle se plaint de douleurs abdominales et de pertes de sang. Réglée irrégulièrement à 15 ans. Fièvre typhoïde à 23 ans. Il y a quatre ans, elle a fait une fausse couche de trois mois.

Depuis, elle souffre pendant les deux ou trois jours qui précèdent ses règles, et surtout dans la fosse iliaque droite; de là les douleurs s'irradient à la face interne de la cuisse jusqu'au genou et dans tout l'hypochondre. Ses règles, qui viennent toujours un peu en retard, durent maintenant une huitaine de jours au lieu de quatre. Pas de pertes blanches.

Le 15 octobre dernier, les douleurs qui précèdent les règles ont été un peu plus violentes que d'habitude. Celles-ci ont duré huit jours et ont été très douloureuses, au point de forcer la malade à se coucher. Quatre jours après la fin des règles, grosse hémorrhagie avec des caillots nombreux, douleurs très vives, constipation opiniâtre; ces pertes ont duré cinq jours.

Le 1^{er} novembre, de nouveau, pertes avec caillots que la malade dit être plus abondantes que la fois précédente; ces pertes durent jusqu'au 11 novembre.

État actuel. — Par la palpation, on sent un empatement douloureux dans le petit bassin et à droite. Par le toucher vaginal, on sent le col et le corps de l'utérus repoussés à gauche. Le cul-de-sac droit est rempli par une poche fluctuante, douloureuse, bombant dans le vagin, du volume du poing et très nettement sentie par le palper combiné au toucher.

OPÉRATION, le 18 novembre 1899, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Bernard. Anesthésie au chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. Poche annexielle du volume d'une mandarine, suppurée, avec parois épaisses, très adhérente, tombée en arrière dans le cul-de-sac droit; on l'amène en avant, on la ponctionne et on la résèque. On a plus de facilité à extraire les annexes droites et gauches volumineuses, congestionnées et adhérentes que l'on résèque. Le péritoine, très adhérent à l'utérus, est difficile à l'en séparer. Hystérectomie sus-vaginale. Le ligament large est particulièrement difficile à reconstituer à droite. Drains. Suture de la paroi. Durée de l'opération : une heure.

Suites opératoires. — La malade a eu 36°,6 le soir avec pouls à 75. Le troisième jour, elle a eu 37°, et 88 de pouls. Le quatrième jour, elle va à la selle et on lui retire un drain; 37° matin et soir. On enlève le second drain le sixième jour. La malade reste entre 36°,8 et 37°,2 jusqu'à ce qu'elle sorte, guérie, le vingt-deuxième jour.

Résultats éloignés. — Elle allait très bien quand elle revint, à la fin de décembre 1900, donner de ses nouvelles.

OBSERVATION IX (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Salpingo-ovarite double, suppurée à gauche. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Eugénie P..., femme Del..., couturière, 23 ans, entre le 26 décembre 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 12 ans : règles régulières, douloureuses, peu abondantes. Mariée à 21 ans. Pas de modifications des règles, mais douleurs abdominales, surtout à droite, retentissant jusque dans la région lombaire, non calmées par le repos et exaspérées par la fatigue.

Il y a huit jours, dès après ses dernières règles, violentes douleurs dans le côté droit, s'irradiant dans les reins.

État actuel. — Le col est en arrière, la lèvre antérieure est effacée; pas d'induration. La lèvre postérieure est lisse et régulière; l'orifice entr'ouvert admet l'extrémité de l'index. Le corps, augmenté de volume, est senti à deux travers de doigt au-dessus du pubis et à gauche de la ligne médiane. Par le toucher, on sent dans le cul-de-sac gauche une tumeur diffuse qui s'étend de l'utérus à la paroi de l'excavation, douloureuse, irrégulière, gagnant le cul-de-sac postérieur. Légère tuméfaction du cul-de-sac latéral droit. Le palper abdominal est légèrement sensible.

OPÉRATION, le 21 février 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Alexandre et Delage. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Des deux côtés, les annexes sont le siège de salpingo-ovarite suppurée; elles sont volumineuses à gauche, partout très adhérentes; on les libère et l'on pratique l'hystérectomie sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : une heure.

Suites opératoires. — Le soir et le lendemain matin, la malade a 36°,8; elle monte à 37°,9 le second soir, à 37°,6 le troisième, puis retombe définitivement entre 36°,8 et 37°. Pouls à 100, 110, puis entre 80 et 85. Ablation du drain le huitième jour. Elle sort guérie le vingt-cinquième jour.

Examen des pièces. — Utérus petit et sain. La trompe droite est un peu augmentée de volume, son pavillon est oblitéré. L'ovaire droit est polykystique. Un kyste du volume d'une grosse noisette renferme des caillots sanguins. La trompe gauche, volumineuse comme une mandarine, a également son pavillon oblitéré. L'ovaire gauche est polykystique et renferme une poche du volume d'une noix remplie de pus très épais. Le pus, très ancien, ne cultive pas.

Résultats éloignés. — La malade est revenue souvent à l'hôpital donner de ses nouvelles; elle est très bien.

OBSERVATION X (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1897).

Double salpingo-ovarite, suppurée à gauche et adhérente. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Ay..., 23 ans, entre à l'hôpital Bichat le 18 décembre 1896.

Antécédents. — Réglée à 11 ans, mariée à 21. Elle n'a eu ni couches, ni fausses couches. En juin dernier, douleurs abdominales vives. Métrorrhagies, symptômes de métrite. Les douleurs persistent malgré un repos de deux mois et immobilisation de la malade.

OPÉRATION, le 12 décembre 1896, par M. TERRIER.

Laparotomie. On enlève les annexes droites, dont la trompe adhère à l'intestin grêle par son pavillon. A gauche, fusion des annexes, trompe et ovaire, avec l'S iliaque en dehors et l'utérus en dedans. On arrive à isoler l'intestin, mais la trompe renfermant du pus reste inséparable de l'utérus. On fait alors l'hystérectomie sus-vaginale, à lambeau péritonéal antérieur, pour recouvrir le moignon utérin. Drain dans le cul-de-sac postérieur. Durée de l'opération : une heure un quart.

Suites opératoires. — Des plus simples. La malade sort guérie le 28 janvier.

Résultats éloignés. — La malade a donné de ses nouvelles : elle va bien, mais se plaint de souffrir dans les côtés quand elle fatigue.

OBSERVATION XI (recueillie par M. A. GOSSET).

Salpingite double, suppurée à gauche. — Rétroversion adhérente. — Hystérectomie abdominale totale (ablation du col après celle du corps). — Guérison.

Et..., femme G..., sans profession, 22 ans, entre le 3 octobre 1899 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Elle vient pour des douleurs siégeant dans le côté gauche du ventre et pour des pertes abondantes.

Elle a toujours été bien portante jusqu'en mai dernier, époque à laquelle elle a fait une fausse couche de six semaines suivie de péritonite ; elle est alors restée deux mois alitée.

Depuis, elle est réglée quand même assez régulièrement et ne souffre pas plus au moment de ses règles. Dans l'intervalle, pas de pertes blanches, mais abondantes pertes rouges, que le repos ne fait pas cesser ; elle ne souffre pas en urinant.

État actuel. — Ventre souple, palpation douloureuse à gauche ne permettant pas de sentir l'utérus.

Au toucher, l'utérus est senti en rétroversion avec inclinaison à gauche ; il est fixé dans cette position et douloureux.

Légère augmentation des annexes, plus sensible à gauche.

OPÉRATION, le 15 novembre 1899, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Bernard. Anesthésie au chloroforme par M. Bourbon.

Laparotomie. Ablation des annexes droites après ligature par un fil double. Ablation également des annexes gauches suppurées, situées plus bas, plus en arrière et difficiles à amener. Hystérectomie sus-vaginale. Mais le moignon étant difficile à recouvrir à cause des adhérences et de la friabilité du péritoine, on procède à l'ablation du moignon cervical. Suture du vagin. Drain.

Durée de l'opération : une heure dix.

Suites opératoires. — Le soir, la malade a 37° avec un pouls à 80. Le lendemain soir, elle monte jusqu'à 37°,8 avec un pouls à 92; puis, à partir du troisième jour, elle se tient entre 36°,8 et 37°,3. On enlève le drain le sixième jour et elle sort guérie le vingt-deuxième jour.

Résultats éloignés. — N'a plus été revue.

OBSERVATION XII (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double salpingo-ovarite suppurée. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Louise R..., lingère, 39 ans, entre le 18 octobre 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Règlée à 14 ans, régulièrement. Pas de pertes blanches. Ni accouchement ni fausse couche. Étant enfant, a eu la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde. A 22 ans, elle a été soignée, dans un hôpital de Lyon, pour des douleurs abdominales et en sortit ne voulant pas se laisser opérer.

Depuis, en avril dernier, à la suite d'une métrorrhagie, elle est restée quinze jours à l'Hôtel-Dieu. Il y a trois semaines : hémorrhagies et douleurs violentes, qui l'ont forcée à s'aliter. Elle est amenée en ambulance à la Pitié.

État actuel. — Col lisse, régulier, de volume et de consistance normaux, entr'ouvert, reporté un peu à droite. Le météorisme et la défense de la paroi empêchent d'arriver sur le fond de l'utérus. Le cul-de-sac droit est occupé par une masse lisse, arrondie, très douloureuse, tombant nettement dans le vagin, séparée de l'utérus par un sillon s'étendant en dehors jusqu'à la paroi pelvienne et empiétant dans le cul-de-sac postérieur. Elle entoure le col en croissant dans son ensemble.

On sent dans le cul-de-sac gauche, une masse dure, douloureuse, ne faisant pas saillie dans le vagin.

OPÉRATION, le 27 octobre 1900, par M. Terrier, aidé de MM. Gosset et Delage. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Décortication des annexes :

A droite, un kyste ovarique du volume d'une orange, à contenu louche, et une trompe suppurée de volume un peu moindre, très adhérente.

A gauche, trompe adhérente un peu moins grosse qu'à droite.

On fait ensuite l'hystérectomie sus-vaginale, la face postérieure saignant en nappe. On ferme complètement le petit bassin avec le péritoine et on draine. Suture de la paroi. Durée de l'opération, une heure 30 minutes.

Suites opératoires. — Soir de l'opération, T. 36°,9. P. 102.

28 octobre. Matin, T. 37°,5. P. 110. Soir, T. 37°,8. P. 120.

Le 29. Matin, T. 36°,8. P. 95. Soir, T. 37°,8. P. 100.

Le 30. Matin, T. 36°,8. P. 90. Soir, T. 37°,5. P. 80.

Le lendemain, la température tombe définitivement à 36°,8. Ablation du drain le 8^e jour. La malade sort guérie le 24^e jour.

Résultats éloignés. — N'a pas pu être retrouvée.

OBSERVATION XIII (recueillie par M. MOUCHOTTE).

Salpingite double suppurée. — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — *Guérison.*

E..., couturière, 25 ans, entre le 9 mai 1900, à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Règlée régulièrement à 19 ans. Ni grossesse ni fausse couche. Depuis trois ans : douleurs abdominales surtout vives à gauche, pertes blanches et jaunes, douleurs à la miction, règles douloureuses, peu abondantes.

État actuel. — Col petit, refoulé à gauche. Utérus en antéflexion, masse rénitante, pâteuse dans le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral droit. On sent la trompe gauche rouler sous le doigt dans le cul-de-sac latéral gauche.

OPÉRATION, le 23 mai, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Mouchotte et Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. Les trompes, toutes les deux du volume d'un œuf de pigeon, sont adhérentes à l'utérus et aux anses intestinales voisines. On les ponctionne, puis on les libère progressivement avec les doigts. En pratiquant cette libération une anse grêle très adhérente est ouverte : la déchirure est immédiatement réparée par des points à la soie. Ablation des annexes. Hystérectomie sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération, une heure 15 minutes.

Suites opératoires. — Soir de l'opération, T. 36°,9. P. 90.

24 mai. Matin, T. 37°,4. P. 95. Soir, T. 38°. P. 110.

Le 25. Matin, T. 37°,8. P. 100. Soir, T. 37°,8. P. 95.

Le 26. Matin, T. 37°,3. P. 95. Soir, T. 37°,1. P. 95.

Le drain changé le cinquième jour est enlevé le huitième.

La température reste toujours aux environs de 37° sans dépasser. La malade sort guérie au 24^e jour.

Examen des pièces. — Les trompes, grosses comme un œuf de pigeon, sont remplies d'un liquide purulent. Les ovaires sont tuméfiés. L'utérus paraît sain.

Résultats éloignés. — Souvent revue, cette malade est toujours parfaitement guérie.

OBSERVATION XIV (recueillie par M. FRIEDEL).

Salpingite double suppurée. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

M^{me} C..., cuisinière, 29 ans, entre le 27 septembre 1899 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — La malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant dans les reins. Elle perd en blanc. Elle vient d'un service de médecine où elle a été mise au repos sans amélioration de son état et soignée pour la tuberculose au début.

Réglée à 12 ans, d'une façon régulière et normale. Cinq grossesses. Accouchements normaux. Fièvre puerpérale en 1889, à la suite de sa troisième couche. Une fausse couche il y a cinq ans. Très constipée. Miction difficile.

État actuel. — Au toucher, le col de l'utérus est petit, le fond de l'utérus fixé en légère rétroflexion. Les annexes augmentées de volume, surtout à gauche, adhérentes et douloureuses, tombent dans les culs-de-sac latéraux.

OPÉRATION, le 18 octobre 1899, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Chaillous et Friedel. Chloroforme par M. Bourbon.

Laparotomie. Les annexes sont surtout augmentées de volume et adhérentes du côté gauche. Il y a de ce côté plusieurs poches suppurées qui sont adhérentes à l'S iliaque, dont la séreuse est légèrement déchirée dans les manœuvres d'extirpation des poches. Cette petite déchirure est immédiatement réparée par un point de suture.

Ablation des annexes qui présentent toutes les lésions macroscopiques de la tuberculose annexielle.

Drain et mèche. Suture de la paroi.

Suites opératoires. — 18 octobre. Soir: T. 36°,4; P. 92. Injection de caféine et éther; 1,500 gr. de sérum.

Le 19. Matin: T. 37°,5; P. 102; pansement. Soir: T. 37°,4; P. 106, 100 gr. de sérum.

Le 20. Matin: T. 37°,4; P. 60, la malade rend des gaz. Soir: T. 37°,1; P. 88. Pansement. On enlève la mèche, on change le drain. Lavement.

A partir du 20 octobre, la malade oscille entre 37° et 37°,4; le huitième jour on enlève le drain et les fils profonds.

Elle sort guérie le vingt-quatrième jour.

Résultats éloignés. — Revue en très bonne santé en mai 1901. Peut se livrer à un métier très pénible sans en souffrir aucunement.

OBSERVATION XV (recueillie par M. FRIEDEL).

Salpingite double suppurée. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale.

R..., femme Ch..., sans profession, 44 ans, entre le 8 janvier 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 11 ans, très bien. A 19 ans, une grossesse à terme, accouchement très laborieux. A 30 ans, métrite. A 31 ans, hématocele.

Depuis deux mois elle souffrait du ventre, lorsqu'il y a trois semaines elle a senti un écoulement de pus par le vagin.

État actuel. — Col en situation normale. Utérus immobilisé, dont on ne peut sentir le fond, à cause de la douleur due à la palpation la plus légère et à la défense de l'abdomen. Cul-de-sac gauche empâté, dans lequel on sent une ouverture. L'utérus est entouré d'une énorme collection dépassant la symphyse de quatre travers de doigt.

OPÉRATION, le 23 janvier 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Sikora et Friedel. Chloroforme : M. Arloing.

Laparotomie. A gauche, grosse poche que l'on ponctionne et d'où s'écoule du pus bien lié. On enlève les annexes gauches et droites également malades, dont les trompes sont imperméables. Hystérectomie sus-vaginale.

Drain et mèche. Suture de la paroi.

Durée de l'opération : une heure vingt minutes.

Suites opératoires. — La température a oscillé entre 36°,6 (le soir de l'opération) et 37° jusqu'au jour de la sortie. Ablation du drain au sixième jour et de la mèche le huitième. La malade sort guérie le vingt-deuxième jour.

Examen des pièces. — Utérus augmenté de volume, scléreux.

Trompe gauche : transformée dans son segment externe en une poche purulente du volume d'une orange. Le segment interne est peu dilaté, sinueux.

Trompe droite : lésions de salpingite catarrhale ancienne.

Résultats éloignés. — Excellents, la malade se porte très bien.

OBSERVATION XVI (recueillie par M. MOUCHOTTE).

Double salpingite suppurée. — Hystérectomie abdominale totale (ablation du col après l'ablation du corps). — Guérison.

Marie D..., femme D..., institutrice, 32 ans, entre le 23 février 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 13 ans. Pas de pertes blanches. Première grossesse, il y a trois ans et demi. Accouchement normal. Seconde grossesse il y a

deux mois, accouchement normal, mais à la suite duquel pendant huit jours elle eut de la fièvre, atteignant jusqu'à 40°. Un mois après elle a eu des pertes rougeâtres, puis jaunes, qui durent encore.

État actuel. — Le col de l'utérus est senti au toucher déchiré et entr'ouvert. Le fond est repoussé en totalité à droite. On sent, dans le cul-de-sac droit, une masse un peu douloureuse du volume d'une orange, et, dans le cul-de-sac gauche, une grosse masse de même volume, mais indolore.

OPÉRATION, le 19 mars 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Mouchotte et Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les annexes des deux côtés sont adhérentes et grosses, on est obligé de les ponctionner toutes les deux et il s'en écoule du pus. Puis on procède à la décortication des deux masses qui se fait difficilement. On pratique l'hystérectomie sus-vaginale. Mais l'utérus est épais et dur, il est difficile de suturer le moignon utérin et on en pratique l'exérèse en ouvrant d'abord le cul-de-sac postérieur. Suture du vagin. Surjet péritonéal et suture de la paroi. Deux drains. Durée de l'opération une heure cinquante.

Suites opératoires. — Soir de l'opération : T. 36°,8 ; P. 102. 1,500 gr. de sérum, éther, caféine.

Le 20. Matin : T. 37°,2 ; P. 80. Soir : T. 38°,7 ; P. 95. 1,000 gr. sérum. Elle rend des gaz.

Le 21. Matin : T. 37°,8 ; P. 86. Soir : T. 39°,4 ; P. 86. 1,500 gr. sérum. 1 selle.

Le 22. Matin : T. 37°,6 ; P. 82. Soir : T. 39°,7 ; P. 95. 2,000 gr. de sérum ; quinine 50 centigr.

Le 23. Matin : T. 37°,9 ; P. 95. Soir : T. 39° ; P. 100. 1,500 gr. de sérum ; quinine 50 centigr.

Le 24. Matin : T. 37°,1 ; P. 85. Soir : T. 38°,3 ; P. 96. 1,000 gr. de sérum.

Le 25. Matin : T. 37° ; P. 85. Soir : T. 37°,6 ; P. 100. 1,000 gr. de sérum.

Le 26. Matin : T. 36°,8 ; P. 95. Soir : T. 38°,4 ; P. 110. 1,000 gr. de sérum.

Le 27. Matin : T. 37°,3 ; P. 100. Soir : T. 37°,5 ; P. 98. 100 gr. de sérum.

Le 28. Matin : T. 36°,9 ; P. 96. Soir : T. 36°,6 ; P. 80. 500 gr. de sérum.

La température reste, à partir de ce jour, au-dessous de 37°. On cesse le sérum. Il est intéressant de noter que l'aspiration donnait une quantité de liquide séreux minime, d'aspect ordinaire. La plaie était belle et le ventre était souple, la malade ne souffrait pas. On avait changé les deux drains au huitième jour. Ils étaient obstrués tous les deux par un caillot qui, en les obturant, empêchait l'aspiration de se faire bien et causait un peu de rétention. On enlève le drain supérieur le dixième jour et l'autre le quinzième jour. La malade reste deux mois à l'hôpital et repart pour chez elle, dans l'Allier, en parfaite santé.

Examen des pièces. — L'utérus présente à la coupe, en même temps qu'une très grande dureté, un épaissement marqué de sa paroi atteignant 3 centim. au niveau de sa paroi antérieure. Les deux trompes ont le volume du poing ; elles sont toutes les deux pleines de pus à streptocoques.

Résultats éloignés. — La malade écrit de chez elle en juin, qu'elle se porte à merveille ; elle a repris ses occupations et ne souffre nullement. En mai 1901, elle donne de nouveau d'excellentes nouvelles.

OBSERVATION XVII (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double salpingite suppurée. — Ovaires kystiques. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Maria Leb., domestique, 24 ans, entre le 11 avril 1901 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Premières règles à 14 ans, régulièrement, pendant une durée de trois à quatre jours, indolores jusqu'à il y a quelques mois, époque à laquelle elle a commencé à ressentir de fortes douleurs dans les jours précédant la venue de ses règles, et dont l'apparition de celles-ci marquaient la fin.

Il y a quatre ans, elle a été soignée à Lariboisière pour une métrorrhagie post-abortum. Il y a deux ans, elle a été soignée pour la même cause à la Charité. Depuis, plus de pertes sanglantes. Jamais de pertes blanches. A plusieurs reprises, elle a eu des douleurs abdominales qui, il y a huit jours, ont reparu à la suite de ses dernières règles, très violentes, avec maximum à gauche et irradiations dans les reins et les aines. Ces douleurs sont survenues, dit-elle, brusquement dans la nuit et se sont amendées depuis qu'elle est au repos.

État actuel. — On constate au toucher que le col est petit, dur et regarde à droite, et que les culs-de-sac sont durs et bombent. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tuméfaction se prolongeant très nettement avec celle qui fait saillie dans le cul-de-sac gauche. On ne peut percevoir le fond de l'utérus.

OPÉRATION, le 26 avril 1901, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Delage, Alglave. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'épiploon est adhérent à tout le fond de l'utérus. On peut le soulever à gauche, mais à droite il adhère intimement à la trompe ; on est obligé de le séparer avec les ciseaux et de le lier avant de le refouler en arrière.

Les annexes droites sont moins grosses qu'à gauche, mais elles forment un petit paquet accolé, d'une part fortement à la paroi pelvienne, et d'autre part à une anse d'intestin grêle si intimement que l'on est obligé de l'exciser avec les ciseaux, laissant la paroi pelvienne dépourvue de tout péritoine, sur l'anse intestinale infiltrée, ayant une consistance de carton. On est obligé de lier un petit vaisseau qui saigne. Cette anse est cachée sous une compresse. Les annexes gauches sont enlevées, en les décollant peu à peu, de bas en haut et d'arrière en avant. L'opération terminée, on n'a plus pour recouvrir le plancher pelvien que le péritoine antérieur et un lambeau du péritoine postérieur.

A gauche, on se sert de l'S iliaque pour péritoniser.

A droite, on se sert des franges épiploïques du rectum et de l'S iliaque. On

place dans le fond de la cavité un gros drain entouré d'une épaisse couche de gaze, reporté un peu à droite et recouvrant une partie de la paroi pelvienne droite, là où le ligament large détruit n'a pas permis de peritoniser, et contre la mèche on attire l'anse qui adhère à la trompe.

Suture de la paroi. Durée de l'opération : une heure quinze.

Suites opératoires. — Soir de l'opération, T. 37°,1 ; P. 94. 1,500 gr. de sérum.

27 avril. Matin : T. 37°,4 ; P. 98 ; 500 gr. de sérum. Soir : T. 37°,2 ; P. 90 ; opium pour constiper la malade afin d'immobiliser les intestins à cause de l'anse fragile.

Le 28. Matin : T. 37° ; P. 90. Soir : T. 37°,2 ; P. 90.

La malade reste constamment entre 37° et 37°,3 à partir du 29 avril. Le cinquième jour, elle a des coliques. Légère purge, selle sans fatigue. Le sixième jour on enlève le drain qui n'est pas obstrué mais qui ne donne plus rien par l'aspiration. Le huitième jour on enlève la mèche ; celle-ci est adhérente par tout son pourtour. On n'arrive à l'enlever, en procédant avec la plus extrême douceur, qu'au prix de très vives souffrances. Quand on l'a enlevée, il s'écoule environ un verre à liqueur de sérosité claire. On place un petit drain. Le soir, la température monte de 36°,8 à 38°,5 ; pouls à 120 ; 500 gr. de sérum.

5 avril. Matin : 37°,4 ; P. 100. Soir : 37° ; P. 120 ; 500 gr. de sérum.

La température retombe à 37°.

Au treizième jour, le drain ne donne presque plus rien, on veut le retirer ; la malade a brusquement le soir 38°,6. On la purge le lendemain après avoir remis un drain de tout petit calibre. La température oscille entre 37° et 38° avec un pouls à 100 pendant trois jours, puis descend définitivement à 37°. On enlève le drain le vingt-cinquième jour. La cicatrice est excellente. L'état général de la malade, alors même que sa température s'élevait, est demeuré toujours excellent et elle n'a pas souffert.

Examen des pièces. — Utérus petit, muqueuse très épaissie, pas de microbes. Les ovaires adhérents aux trompes sont volumineux et kystiques. Les deux trompes, enflammées et augmentées de volume, contiennent un pus épais, analogue au pus blennorrhagique, mais il ne contient ni gonocoque ni aucun autre microorganisme, même en l'ensemencant sur sérum humain.

Résultat. — La malade est sortie de l'hôpital depuis quelques jours en excellent état, avec une cicatrice parfaite.

OBSERVATION XVIII (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Salpingite double suppurée. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Françoise T..., femme J..., 36 ans, ménagère, entre à Bichat le 9 avril 1899.

Antécédents. — Depuis un an, règles très irrégulières, très douloureuses.

27 mars 1899, les règles ont duré deux jours, et le 30 la malade a été prise brusquement, dans la nuit, de douleurs abdominales localisées à gauche ; les douleurs durent encore au moment de l'entrée à l'hôpital.

État actuel (le 17 avril 1899). Par le toucher, on sent le col mou, entr'ouvert ; le corps de l'utérus, volumineux, constitue la partie la plus interne de la tuméfaction abdominale sentie par le palper, mais nettement séparée par un sillon ; cul-de-sac latéral droit souple, peu douloureux ; le cul-de-sac gauche et le cul-de-sac postérieur gauche sont occupés par une tumeur diffuse, douloureuse à la pression, englobant le col et le corps utérin qu'elle immobilise partiellement.

OPÉRATION, le 18 avril 1899, par M. TERRIER. — Laparotomie médiane ; ablation des annexes ; hystérectomie sus-vaginale, drainage par une mèche et un drain.

Suites opératoires. — Bonnes. Sortie de la malade le 14 mai 1899, avec une petite fistule abdominale persistante.

Suites éloignées. — La malade, revue au mois de juin, avait repris son travail et allait très bien.

6 août. Nouvelles de la malade qui se plaint de douleurs abdominales et d'une petite tuméfaction au niveau de la cicatrice fistuleuse. Pas d'examen direct de la malade.

OBSERVATION XIX (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Double salpingite, suppurée à droite. — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — *Guérison.*

Marie C..., femme M..., 33 ans, entre à Bichat le 8 mai 1899.

Antécédents. — Le 24 février, à la suite des règles, la malade est prise brusquement de douleurs abdominales très vives, accompagnées de diarrhée et de vomissements.

État actuel (le 26 mai 1899). — A la palpation, on constate l'existence à droite de la ligne médiane, d'une tumeur allongée de forme ovoïde, irrégulière, douloureuse.

Col mou, irrégulier, entr'ouvert ; le cul-de-sac gauche est souple ; dans la partie gauche du cul-de-sac postérieur, tuméfaction très douloureuse à la pression ; le cul-de-sac droit est très remonté ; en le déprimant profondément, on provoque de la douleur, mais on n'arrive pas sur la tumeur perçue par la palpation de l'abdomen.

OPÉRATION, le 27 mai 1899, par M. TERRIER. — Masse informe où l'utérus, très petit, est fusionné étroitement avec les anses. Décortication très difficile. Ablation de la partie supérieure de l'utérus. Hystérectomie sus-vaginale.

Drainage par deux drains et une mèche de gaze.

Suites opératoires. — Normales. Sortie le 17 juin 1899.

Résultats éloignés. — Pas de nouvelles depuis lors.

OBSERVATION XX (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Double salpingite suppurée. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Julienne I..., femme W..., 39 ans, ménagère, entre à Bichat le 17 mai 1899.

Antécédents. — Depuis quatre ans, menstruation irrégulière, très abondante, précédée de leucorrhée. Après un traitement médical, légère amélioration pendant quelques mois, mais les hémorrhagies recommencent et durent encore actuellement.

Il y a dix jours, la malade est prise brusquement de douleurs très violentes dans l'hypogastre, se propageant dans les lombes ; vomissements ; fièvre de 39° le jour de l'entrée à l'hôpital.

État actuel (le 7 juin 1899). — Au *toucher* : col irrégulier, déchiqueté, dont l'orifice laisse échapper un suintement sanguin ; il regarde en bas et en arrière ; le cul-de-sac postérieur est en partie rempli par une tuméfaction assez volumineuse, molle, très douloureuse à la palpation, nettement séparée de l'utérus.

OPÉRATION le 8 juin 1899, par M. TERRIER. — Ablation des annexes suppurées ; ablation sus-vaginale par le procédé habituel. Drainage.

Suites opératoires. — Normales. Sortie, le 29 juin 1899.

Suites éloignées. — Pas de nouvelles de la malade depuis l'opération.

OBSERVATION XXI (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Salpingite double suppurée. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

G..., femme P..., 33 ans, sans profession, entre à l'hôpital Bichat le 24 octobre 1898.

Antécédents. — Grossesse normale il y a neuf ans ; depuis cette époque, les règles sont douloureuses ; quelques pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Le 7 octobre 1898, les règles sont apparues normales ; le 11 octobre, la malade est prise de violentes douleurs abdominales qui l'obligent à garder le repos absolu au lit.

Du 18 au 21 octobre, elle a deux hémorrhagies très abondantes et elle entre à l'hôpital Bichat.

État actuel (10 novembre 1898). — Au *toucher*, on trouve dans le cul-de-sac postérieur une masse assez grosse, douloureuse, non mobile ; les culs-de-sac latéraux sont également très douloureux.

OPÉRATION, le 12 novembre 1898, par M. TERRIER. — Laparotomie médiane. Tout le petit bassin est rempli par une masse formée de l'utérus et des annexes malades. Ablation des annexes gauches ; salpingite et ovaire.

Ablation des annexes du côté droit ; la trompe droite est beaucoup plus lésée que celle du côté opposé. Elle est rompue au cours des manœuvres d'extraction

et le pus s'écoule dans le petit bassin ; une petite quantité fuse même vers la fosse iliaque droite. Hystérectomie sus-vaginale. Drainage.

Suites opératoires normales. La malade sort de l'hôpital le 16 décembre 1898.

Résultats éloignés. — La malade, revue au mois de juillet, se porte très bien. Au *toucher*, les culs-de-sac sont souples et indolores.

OBSERVATION XXII (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1898).

Salpingite double suppurée. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

O..., femme P..., âgée de 27 ans, ménagère, entre à Bichat le 20 mars.

Antécédents. — Rien de particulier ; règles un peu abondantes ; depuis le 15 mars, douleurs très vives dans les fosses iliaques ayant débuté au moment des règles.

État actuel (29 mars). — Au *toucher*, douleur très vive dans le cul-de-sac latéral droit ; à gauche, masse arrondie très douloureuse aussi.

OPÉRATION, le 30 mars 1898, par M. TERRIER. — Laparotomie médiane. A droite, masse volumineuse fluctuante, d'où l'on retire par la ponction 250 gr. de pus ; même chose du côté droit ; ablation des annexes.

A la base du ligament large droit, foyer purulent ouvert dans le cul-de-sac de Douglas. Hystérectomie sus-vaginale par le procédé habituel ; drainage.

Durée de l'opération : une heure et demie.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort guérie le 30 avril 1898.

Résultats éloignés. — Jamais revue.

OBSERVATION XXIII (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1897).

Double salpingite suppurée. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

M^{me} V. C..., 19 ans, entre à l'hôpital Bichat le 22 janvier 1897.

Antécédents. — Une grossesse. Blennorrhagie et vaginite en 1895. Depuis, quelques douleurs dans le bas-ventre, devenues plus intenses en 1896, avec pertes sanguines répétées jusqu'à trois fois dans le même mois.

État actuel. — Les annexes sont volumineuses et douloureuses, surtout à gauche.

OPÉRATION, le 16 février 1897. — On fait d'abord avec quelque peine, vu les adhérences épiploïques et pelviennes, l'ablation des annexes suppurées. Mais, comme les ligatures portent sur les cornes utérines très friables et malades, on pratique l'hystérectomie sus-vaginale. Drain et mèche dans le cul de-sac postérieur.

Suites opératoires. — Normales. Température maxima, 37°,5. La malade sort guérie le 23 mars 1897.

Résultats éloignés. — Revue en octobre 1897, elle allait bien.

OBSERVATION XXIV (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double salpingite suppurée. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Conservation de l'ovaire droit. — Guérison.

G..., Caroline, artiste dramatique, 22 ans, entre le 17 décembre 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Règles très irrégulières. Pertes blanches. Douleurs abdominales. Santé faible. La malade a eu une pleurésie étant jeune.

État actuel. — Au toucher, col de nullipare. Les culs-de-sac sont indolores. On y sent les annexes. Le cul-de-sac postérieur est légèrement empâté.

OPÉRATION, le 20 décembre 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Delage. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On se trouve en présence d'une double salpingite. Les annexes forment de chaque côté de l'utérus une grosse masse du volume d'un gros œuf de poule, irrégulière; bosselée, friable, se déchirant sous les mors de la pince. Dans l'impossibilité où l'on est de faire de la conservation, on libère les adhérences de ces poches et on les enlève. A droite, on laisse l'ovaire qui est sain. L'ovaire gauche, malade, kystique, est enlevé avec la trompe. Puis on enlève le corps de l'utérus. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : une heure dix.

Suites opératoires. — Soir de l'opération : T. 36°,9; P. 85.

La malade n'a jamais atteint plus de 37°,2; son pouls a atteint successivement dans les premiers jours 100, 110, 115, 120, puis est retombé à 100 le cinquième jour. Le soir de ce jour-là, la malade monte à 37°,4 puis retombe entre 36°,8 et 37° pour ne plus changer. Ablation du drain au neuvième jour. La malade sort guérie le vingt-troisième jour.

Examen des pièces. — Utérus normal. Trompes remplies de pus stérile. Ovaire scléro-kystique.

Résultats éloignés. — La malade, en mai, se portait très bien. Par son médecin on apprend que sa paroi est excellente; excellent état local. Pas de règles.

OBSERVATION XXV (recueillie par M. FRIEDEL).

Double salpingite suppurée. — Pelvi-péritonite d'origine annexielle. — Hystérectomie abdominale sus vaginale. — Guérison.

L..., femme Ch..., sans profession, 35 ans, entre le 1^{er} février 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Mariée à 24 ans. A 25 ans, fausse couche. Depuis, douleurs abdominales, leucorrhée surtout abondante au moment des règles. Il y a quatre ans, à la suite de douleurs plus vives et d'écoulements encore plus abondants, la malade a dû s'aliter. Ces phénomènes se sont amendés sans disparaître, et elle souffre jusqu'en mai 1899; à cette époque ayant beaucoup fatigué, elle a une autre poussée. Au mois d'octobre dernier, elle est prise brusquement de douleurs plus vives, son ventre se ballonne, elle vomit, a de la fièvre. Un médecin appelé la soigne durant six semaines. Elle se relève, mais elle a deux abondantes pertes de sang. Elle s'alite de nouveau et se décide à venir à l'hôpital.

État actuel. — Les douleurs sont moins vives, peu d'écoulement. Au toucher, on sent l'utérus immobilisé. Tout le col est gros, entr'ouvert, régulier. Les culs-de-sac sont empatés, surtout le cul-de-sac droit, où l'on sent une masse du volume d'une orange.

OPÉRATION, le 21 février par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Sikora et Friedel. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. Les annexes adhérentes ont formé des poches purulentes dont la libération est très difficile. On finit par les isoler, on les ponctionne puis on les enlève après hystérectomie sus-vaginale. Deux drains. Durée de l'opération : deux heures.

Suites opératoires. — Soir de l'opération : T. 36°,6 ; P. 124. 2,000 gr. de sérum. Éther et caféine. 1/4 de piqûre de morphine la nuit.

Le 22. Matin : T. 37°,4 ; P. 132. Soir : T. 37°,5 ; P. 128. Sérum, éther, caféine.

Le 23. Matin : T. 37°,5 ; P. 112. Soir : T. 37°,9 ; P. 110. Sérum, caféine.

Le 24. Matin : T. 36°,9 ; P. 106. Soir : T. 37°,6 ; P. 90. Sérum. La malade rend des gaz. Petit abcès de la paroi.

Le 25. Matin : T. 36°,9 ; P. 95. Soir : T. 37°,8 ; P. 95. On change le drain. Selle.

Le 26. Matin : T. 36°,9 ; P. 104. Soir : T. 37° ; P. 90.

Le neuvième jour la malade monte à 37°,5 ; on enlève le drain et la température revient à la normale pour ne plus la quitter. Elle sort guérie le trente-troisième jour.

Examen des pièces. — Utérus de volume presque normal. A la coupe, endométrite du corps. La trompe gauche est transformée en une poche purulente du volume d'une grosse mandarine. La trompe droite, également suppurée, est un peu moins volumineuse.

Résultats éloignés. — N'a pu être revue.

OBSERVATION XXVI (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1898).

Salpingite double suppurée. — *Pelvi-péritonite.* — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — *Guérison.*

Blanche L..., 41 ans, femme de chambre, entre le 27 octobre 1897 à l'hôpital Bichat.

Antécédents. — Début brusque au moment des dernières règles; douleurs vives; gonflement du ventre et tuméfaction occupant tout le bas-ventre. Les douleurs ont presque cessé quelques jours après, mais la tuméfaction persiste. Nullipare.

État actuel (10 novembre 1897). — Le palper est peu douloureux, le ventre est un peu augmenté de volume: on sent une tuméfaction s'étendant presque jusqu'à l'ombilic, résistante, mal limitée. Col gros, orifice ouvert, regardant dans l'axe du vagin, lèvre antérieure saillante; dans le cul-de-sac postérieur, masse dure, mobile, douloureuse.

Annexes droites augmentées de volume, douloureuses.

OPÉRATION, le 11 novembre 1897, par M. TERRIER. — Laparotomie médiane. Adhérences anciennes multiples des anses intestinales et de l'épiploon aux organes malades du petit bassin.

Ponction de la trompe gauche, qui présente un volumineux abcès. Extirpation après une dissection pénible des deux trompes. Hystérectomie sus-vaginale par le procédé habituel.

Drainage abdominal avec une mèche et un drain. Suture abdominale à trois étages. Durée de l'opération: deux heures un quart.

Suites opératoires. — Normales. Ablation de la mèche le quatrième jour; ablation du drain le sixième jour. Sortie de l'hôpital le vingt-troisième jour.

Résultats éloignés (5 avril 1898). — La malade est en parfaite santé; l'état général est excellent.

OBSERVATION XXVII (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double salpingite suppurée. — Événtration. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Alice D..., femme F..., entre le 9 octobre 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Elle a été opérée le 10 avril 1889, à l'hôpital Bichat, par M. Broca, dans le service de M. le professeur Terrier, pour une salpingite gauche supurée, dit-elle. Drainage et suppuration longue, cicatrisation complète seulement au bout de quatre mois. Depuis cette époque, événtration. Depuis janvier 1900, douleurs pendant les règles, qui durent six jours. Pas de douleurs entre les règles.

État actuel. — A la partie inférieure de l'ancienne cicatrice, la peau, très brune, constitue à elle seule toute la paroi. Par le palper on sent un orifice allongé dans le sens vertical, large d'un travers de doigt, long de quatre. Au-dessus existe un point admettant l'extrémité de l'index où la paroi musculaire fait également défaut. Quand la malade tousse, le contenu de l'abdomen soulève la paroi en ces deux points. Il ne paraît pas y avoir d'adhérences.

Au toucher, on constate que le col, mobile, lisse, régulier, est en situation normale. Le fond de l'utérus normal est senti un peu à droite, à un travers de

doigt au-dessus du pubis. Dans le cul-de-sac droit, on sent en arrière une petite masse qui paraît être l'ovaire et qui est douloureuse.

OPÉRATION, le 1^{er} novembre 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Delage. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Libération des adhérences contractées par l'épiploon avec la face postérieure de l'utérus. A gauche, on trouve une salpingo ovarite du volume d'une orange. A droite, une vieille salpingo-ovarite scléreuse. On se demande ce que l'on a fait il y a onze ans.

Hystérectomie sus-vaginale. Réfection soignée de la paroi par une suture à trois plans. Durée de l'opération : une heure cinq.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, T. 36°,9 ; P. 80.

Les deux jours suivants, la malade a la même température, soit : 37° le matin et 37°,6 le soir, avec un pouls entre 80 et 90. Puis elle retombe entre 36°,6 et 37° jusqu'à sa sortie en parfaite guérison, le vingt-septième jour.

Résultats éloignés. — Revue le 12 mai 1901, la malade est en excellente santé ; très satisfaite de son opération. Cicatrice solide très peu visible. Culs-de-sac souples et indolores.

OBSERVATION XXVIII (recueillie par M. MOUCHOTTE).

Salpingite double suppurée, ouverte à droite dans le rectum. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Jeanne F..., femme D., 37 ans, entre le 4 juin 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 16 ans, toujours régulièrement. Deux accouchements normaux en 1886 et 1888. Pas de fausse couche. La malade depuis longtemps souffre dans les reins et dans le bas-ventre. Jusqu'alors la malade n'avait jamais eu de pertes lorsqu'à l'époque de ses dernières règles, qui ont été douloureuses au début, elle a eu des pertes jaunâtres ; pas de douleurs à la miction ; entéro-colite muco-membraneuse. Le 9 juin, lors des dernières règles, à la fin de celles-ci, la malade a évacué un flot de pus par le rectum.

État actuel. — Le toucher vaginal est très douloureux. L'utérus est immobilisé. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une grosse masse douloureuse qui fait saillie. Rien dans les culs-de-sac latéraux.

OPÉRATION, le 14 juin 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Mouchotte. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. Hystérectomie sus-vaginale typique. La poche salpingienne droite est très adhérente au rectum dans lequel elle s'est ouverte. Oblitération de la fistule salpingo-rectale par un surjet à la soie fine. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : une heure.

Suites opératoires. — Simples. La malade n'a eu aucune élévation de température et est sortie vingt-cinq jours après.

Examen des pièces. — L'utérus présente des lésions banales de vieille métrite.

Les poches salpingiennes sont du volume d'une orange ; la droite, plus grosse, présente l'orifice par lequel son contenu s'est évacué dans le rectum.

Résultats éloignés. — Revue en mai 1900. Va très bien.

OBSERVATION XXIX (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double salpingo-ovarite suppurée. — Ancienne hématocele. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Noémie D..., employée aux halles, 41 ans, entre le 25 novembre 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, toujours régulièrement. Deux accouchements normaux. Ni pertes blanches, ni écoulement sanguin. En janvier dernier, pour la première fois elle a eu des douleurs dont elle indique le siège exact comme étant un peu à gauche de la ligne médiane et à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. C'étaient des douleurs continues avec exacerbations, accompagnées de vomissements ; elle a voulu continuer à travailler pendant une quinzaine de jours, elle a eu alors une métrorrhagie et a perdu pendant environ six semaines. Ses douleurs étant plus violentes, elle entre dans un hôpital où l'on opère d'appendicite (?)

Le 16 novembre, la malade ressent des douleurs analogues à celles qu'elle a eues en janvier, mais beaucoup plus violentes, exagérées par la pression et les mouvements ; elle est très constipée, ne peut rendre des gaz que très difficilement. Vomissements bilieux ; pas de température. Les douleurs augmentent. Un médecin lui met de la glace sur le ventre ; diète absolue ; nausées, puis fièvre. T. 39° et 38°,5. Elle entre à l'hôpital.

État actuel. — Métrorrhagie. Au toucher, le col de l'utérus regarde dans l'axe du vagin. On le sent repoussé très en avant contre la symphyse ainsi que le corps, par une tumeur située en arrière. Il est peu mobile et un peu douloureux. La tumeur constatée en arrière, se prolongeant du côté gauche, est volumineuse ; elle est irrégulière. On sent dans le cul-de-sac latéral gauche une petite masse ; on en sent également une dans la droite, mais moins nettement. La tumeur rétro-utérine se sent aussi par le toucher rectal.

OPÉRATION, le 5 décembre, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Delage. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On constate que dans le petit bassin l'utérus est adhérent par sa face postérieure à une masse qui l'entoure ; on cherche à le dégager de ces adhérences, reliquat probable d'une ancienne hématocele, au milieu desquelles on trouve une petite poche remplie d'un liquide citrin. Toutes ces adhérences sont enlevées et le petit bassin nettoyé. Les annexes gauches et droites, atteintes de salpingite, sont du volume de l'index. Hystérectomie sus-vaginale. En arrière, le péritoine n'existe plus ; pour couvrir les surfaces ainsi dénudées, on réunit le péritoine au côlon pelvien (procédé de Amann, de Munich). Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : une heure cinq.

Suites opératoires. — Soir de l'opération : T. 37° ; P. 84 : sérum.

Le 6. Matin : T. 37° ; soir : T. 37°, 7.

Le 7. Matin : T. 37° ; soir : T. 37°, 7.

Le 8. Matin : T. 36°, 8 ; soir : T. 37°, 5. La malade rend des gaz.

Le 9. Matin : T. 36°, 8 ; soir : T. 37°, 3. On change le drain.

Le 10. Matin : T. 37° ; soir : T. 37°, 9.

Le 11. Matin : T. 36°, 9 ; soir : T. 37°, 1. On enlève le drain. La température ne remonte plus. La malade sort au dix-neuvième jour.

Examens des pièces. — Les deux trompes contenaient du pus stérile ; elles étaient oblitérées. Les ovaires étaient scléro-kystiques.

Résultats éloignés. — N'a pas pu être revue.

OBSERVATION XXX (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1897).

Double salpingite suppurée. — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — *Fistule abdominale.* — *Mort.*

T..., femme H..., 23 ans, blanchisseuse, entre le 31 juillet 1899 à Bichat,
Antécédents. — Malade opérée le 26 avril 1899, par incision de la paroi abdominale, d'une collection intra-abdominale ; sortie le 9 juillet 1899.

Depuis l'opération, la malade a continué à souffrir de douleurs abdominales siégeant des deux côtés. Vue la persistance de la fistule abdominale et l'existence d'une salpingite suppurée à gauche, la malade entre de nouveau, le 31 juillet 1899, pour être opérée.

OPÉRATION le 7 août 1899, par M. TERRIER. Cautérisation de la fistule ; laparotomie sous-ombilicale. Le libération des adhérences intestinales avec la fistule due à la suppuration de l'ovaire et de la trompe droits. Ablation des annexes droites et gauches ; l'ovaire gauche contenait du pus. Hystérectomie sus-vaginale. Impossibilité de recouvrir les parties cruentées par du péritoine. Large drainage avec la gaze aseptique et deux drains.

Le 8, état général assez satisfaisant. Écoulement considérable de sérosité sanguinolente.

La malade succomba dans la nuit du 8 au 9, d'épuisement.

AUTOPSIE. — Négative au point de vue de la péritonite.

OBSERVATION XXXI (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1895).

Salpingite droite. — *Fistule abdominale ancienne.* — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — *Guérison.*

Marie C..., 29 ans, mécanicienne, entre à l'hôpital Bichat le 5 avril 1899.

Antécédents. — Opérée d'une hématocele gauche en décembre 1897 ; trajet fistuleux abdominal depuis l'opération. Douleurs abdominales, surtout à droite.

OPÉRATION le 24 avril 1895, par M. TERRIER. — Laparotomie médiane sous-ombilicale ; adhérences de l'épiploon ; recherche de la fistule et résection ;

ablation des annexes droites malades. Hystérectomie sus-vaginale; gros drain dans le bassin; petit drain dans la cavité péritonéale.

Suites opératoires. — Ablation du drain abdominal le 27 avril 1899; le 29 avril, fistule stercorale; drainage; ablation du drain le 28 mai; très bon état général. Sortie le 25 mai 1899.

Suites éloignées (7 août 1899). — Etat général très bon; pas de pertes pas de douleurs; fistule abdominale avec élimination de plusieurs fils de soie profonds.

Au toucher: col petit, en bon état; très légère induration de la base du ligament large gauche.

OBSERVATION XXXII (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Salpingite double suppurée. — *Kyste ovarique.* — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — *Guérison.*

Agnès P... veuve B..., 47 ans, marchande de vin, entre à l'hôpital Bichat le 19 octobre 1898.

Antécédents. — Le 26 septembre 1898, après un retard de règles de quinze jours, douleurs abdominales très vives, perte de sang abondante, fièvre, vomissements; la malade garde le lit jusqu'à son entrée à l'hôpital le 19 octobre 1898.

Grossesse il y a vingt-quatre ans; bien réglée depuis l'âge de quatorze ans; menstruation régulière, non douloureuse.

Etat actuel (3 novembre 1898). — Par la palpation, on sent une tumeur arrondie douloureuse, faisant une saillie visible et remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Toucher: les culs-de-sac sont remplis par cette tumeur et l'utérus est complètement immobilisé.

OPÉRATION le 4 novembre 1898, par M. TERRIER. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Tout le cul-de-sac de Douglas et la cavité pelvienne, derrière l'utérus, sont occupés par une masse sous-péritonéale fluctuante du côté gauche. La ponction donne issue à un liquide citrin; la poche gauche ayant été vidée, on incise le péritoine et on cherche à le décoller, car la tumeur semble incluse dans le ligament large; l'extirpation est très difficile, la surface de décollement saigne avec abondance et l'on amène non seulement une poche, mais une masse fibroïde dont il est impossible de dire la nature à l'œil nu. Du côté droit, grosse salpingite, ablation des annexes.

Hystérectomie sus-vaginale par le procédé habituel. Tamponnement avec une mèche de gaze stérilisée et drainage.

Suites opératoires. — 9 novembre. Ablation du drain.

Le 10. Ablation de la mèche, bon état local et général.

Le 20. Pleurésie droite.

Le 26. *Ponction de la plèvre droite*, évacuation de 600 gr. de liquide purulent.

Le 30. *Empyème*; évacuation d'un litre de liquide purulent.

Sort le 26 janvier 1899. *Fistule pleuro-bronchique, tuberculose.*

Résultats éloignés. — En juillet 1899, on apprend que la malade est décédée, sans autre renseignements.

OBSERVATION XXXIII (recueillie par M. JACQUES DELAGE.)

Double salpingo-ovarite suppurée, la gauche adhérente à l'S iliaque qui se déchire.
— Suture de l'S iliaque. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Berthe R..., 22 ans, entre le 7 juillet 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Régliée à 14 ans, régulièrement comme durée et abondance, pendant cinq à six jours; s'est toujours plaint de douleurs abdominales, sensations de pesanteurs, augmentant avant la venue des règles et dans leurs premiers jours. Pas de grossesse ni de fausse couche.

Etat actuel. — Au toucher vaginal, on constate que le col est repoussé en haut et en avant; le corps de l'utérus est senti à un travers de doigt au-dessus du pubis. Dans le cul-de-sac gauche, on sent une tuméfaction rénitente, très douloureuse à la pression, accolée au col utérin, dont elle est séparée par un petit sillon. On sent à droite, dans le cul-de-sac, une masse douloureuse du volume d'une mandarine.

OPÉRATION le 24 juillet 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Delage et Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On voit les annexes former une seule masse avec l'utérus. A droite, la trompe est pleine de pus, du volume d'une orange avec suppuration de l'ovaire. A gauche, salpingite suppurée un peu moins volumineuse, mais très adhérente à l'S iliaque, qui pendant le temps de la décortication se trouve déchiré sur une longueur de 5 millimètres.

Fermeture de la perforation intestinale par un double surjet à la soie fine : surjet muqueux et surjet séro-séreux. Hystérectomie sus-vaginale.

Deux drains. Durée de l'opération : une heure trente.

Suites opératoires. — Soir : de l'opération, T. 37°,2 ; P. 37°,4. Sérum

Le 25. Matin : T. 38°,3 ; P. 100. Soir : T. 38°,6 ; P. 118. Rend de gaz. 1,000 gr. sérum.

Le 26. Matin : T. 38°,1 ; P. 104. Soir : T. 38° ; P. 98. Sérum 500 gr.

Le 27. Matin : T. 37°,5 ; P. 95. Soir : T. 37°,9 ; P. 95. Sérum 500 gr.

Le 28. Matin : T. 37°,4 ; P. 80. Soir : 37°,5 ; P. 85. Sérum 500 gr.

Le 29. Matin : T. 36°,9 ; P. 80. Soir : T. 37°,2 ; P. 84, 500 gr. de sérum.

Le 30. Matin : T. 37° ; P. 82. Limonade purgative. Soir : T. 38°,9 ; P. 135. 500 gr. de sérum.

Le 31. Matin : T. 37°,5 ; P. 100. Selle. Soir : T. 37°,4 ; P. 100.

Le lendemain la malade reste aux environs de 37° et la température ne remonte plus. On enlève un drain, l'autre est enlevé deux jours après. La malade sort guérie le quarantième jour.

Résultats éloignés. — N'a pu être retrouvée.

OBSERVATION XXXIV (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1897).

Double salpingite suppurée. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Section de l'anse oméga. — Suture. — Mort.

P..., née Coll..., 37 ans, entre à l'hôpital Bichat le 17 novembre 1897.

Antécédents. — Elle entre pour se faire traiter d'accidents utérins et péri-utérins datant de treize ans. Ces accidents s'étaient calmés, lorsque le 19 août dernier, cette femme, s'apercevant qu'elle perdait un peu en jaune, entra à l'hôpital de la Charité où on lui fit un curettage le 19 août 1896. Celui-ci fut suivi d'accidents péritonitiques graves qui la forcèrent à rester à l'hôpital jusqu'à la fin de septembre.

Apparition de metrorrhagies, continuation des douleurs abdominales, douleurs en urinant, épreintes rectales, pesanteurs dans le bas-ventre.

Etat actuel. — Au toucher, utérus immobile; les culs-de-sac sont douloureux; le cul-de-sac droit renferme une tumeur qui adhère à l'utérus et au bassin.

OPÉRATION le 3 décembre 1897, par M. TERRIER. Laparotomie. Adhérences de la tumeur salpingo-ovarienne droite avec l'épiploon, l'intestin grêle et l'anse oméga. Des adhérences dissociées, on ponctionne la tumeur et on retire 500 gr. de pus.

En isolant cette tumeur, section d'une bride : c'est l'intestin qui est très rétréci. Deux pinces l'obturent. On finit la dissection des annexes à droite. A gauche, l'enlèvement des annexes est plus facile. Pour enlever complètement les annexes droites, il faut faire une hystérectomie sus-vaginale, à lambeau péritonéal antérieur.

On termine l'opération (qui dura deux heures) par la suture circulaire des deux bouts de l'intestin, manœuvre très difficile vu la fragilité des parois intestinales enflammées et très adhérentes aux parties voisines.

La malade succomba au quatrième jour d'accidents septiques.

A l'AUTOPSIE on constate que la partie supérieure de la cavité abdominale est saine; dans l'excavation pelvienne s'est amassé environ un verre de liquide noirâtre, fétide, contenu au milieu d'adhérences formées par le cæcum à droite, des anses grêles en haut, et une masse de tissus sclérosés à gauche, tissus où se perd le colon iléo-pelvien. En avant et en bas, on trouve le moignon de l'utérus.

Par une dissection attentive qui sculpte en quelque sorte l'anse oméga, dans la masse des néoformations, on la trouve fibreuse, sclérosée, très rigide, très fragile et fort rétrécie. Toute l'anse oméga est englobée dans son trajet pelvien par des néo-membranes, le rectum lui-même est un peu pris à sa partie supérieure. C'est vers le milieu de cette anse oméga qu'on retrouve, nette, la suture intestinale faite au cours de cette opération. En avant d'elle, en arrière de l'utérus, se trouve, au milieu des tissus sclérosés, les restes d'une poche qui paraît être la partie inférieure d'un petit kyste ovarique droit, ouvert au cours de l'opération.

Les viscères abdominaux sont mous, gras, un peu tuméfiés. Cœur gros, valvules saines. Poumons normaux.

D'après l'observation, il est probable que les altérations salpingiennes anciennes ont été de nouveau infectées à la suite du curettage fait à l'hôpital de la Charité, d'où la complexité des lésions que nous avons trouvées et leur septicité.

Le pus de la poche ponctionnée contenait des streptocoques.

OBSERVATION XXXV (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Salpingite gauche. — *Métrite (femme ayant déjà subi la castration droite antérieurement).* — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — *Guérison.*

Léontine B..., femme S..., 25 ans, entre à l'hôpital Bichat le 16 juin 1899.

Antécédents. — Opérée le 20 janvier 1898, par M. le Dr Hartmann. Ablation des annexes droites ; trois jours après, règles suivies de douleurs abdominales surtout à gauche. Depuis, les règles reviennent tous les quinze jours, abondantes, durent six à sept jours : bien portante pendant cinq semaines, puis nouvelles règles et les douleurs recommencent ; leucorrhée abondante ; douleurs pendant la miction.

Etat actuel (le 18 juin 1899). — Au toucher vaginal, on constate dans le cul-de-sac gauche une petite masse du volume d'une noix, irrégulière, immobile, très douloureuse ; le cul-de-sac gauche est douloureux, mais n'offre pas d'induration appréciable.

OPÉRATION le 19 juin 1899 par M. TERRIER. Laparotomie médiane ; ablation des annexes gauchès ; hystérectomie sus-vaginale ; pas de drainage.

Examen des pièces. — Utérus à parois épaisses et scléreuses ; ovaire gauche scléro-kystique ; trompe perméable.

Suites opératoires. — Normales. Sortie guérie le 12 juillet 1899.

Résultats éloignés. — Depuis, on n'a pas eu de nouvelles de l'opérée.

OBSERVATION XXXVI (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Salpingite double. — *Métrite hémorragique.* — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — *Guérison.*

Marie E..., femme S..., 29 ans, femme de chambre, entre à Bichat le 1^{er} mai 1899.

Antécédents. — Il y a cinq ans, douleurs abdominales ; menstruation régulière ; à ce moment, suspension des règles pendant deux mois, puis hémorrhagie ; nouvelle hémorrhagie il y a trois ans. Depuis trois mois, règles toutes les trois semaines, très abondantes et douloureuses.

Etat actuel (le 17 mai 1899). — Au toucher, le col est petit, souple ; l'orifice, légèrement entr'ouvert, laisse échapper un suintement sanguin ; le corps est en légère antéflexion ; le cul-de-sac droit est souple, indolent ; dans la partie droite du cul-de-sac postérieur, on trouve, accolée à l'utérus, une tuméfaction douloureuse.

OPÉRATION le 18 mai 1899. Hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Laparotomie. Adhérences multiples; ligature de l'épiploon. La trompe droite se rompt; la trompe gauche, prolabée dans le cul-de-sac postérieur, est ponctionnée et donne 100 gr. de pus. Hystérectomie sus-vaginale; ablation de la partie supérieure de l'utérus; drainage avec un drain et une mèche de gaze stérilisée.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort le 9 juin 1899.

Suites éloignées. — Inconnues.

OBSERVATION XXXVII (recueillie par M. MOUCHOTTE).

Salpingite double, suppurée à droite. — Métrite. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Marie L..., femme Q..., 26 ans, entre le 26 février 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, régulièrement. Il y a quinze jours, au moment de ses époques, elle n'a perdu que pendant deux jours au lieu de cinq comme d'habitude. Elle a ressenti aussi des douleurs sourdes et continues dans la fosse iliaque gauche avec des elancements plus aigus. Un accouchement normal il y a cinq ans, un autre il y a trois ans. Fausse couche il y a deux ans.

État actuel. — Au toucher, on sent le col irrégulier, entr'ouvert et repoussé à gauche. On arrive, par le palper, sur le fond de l'utérus repoussé à droite et à 2 centim. au-dessus de la symphyse. Rien dans le cul-de-sac gauche, mais masse immobile du volume d'une orange dans le cul-de-sac latéral droit.

OPÉRATION le 15 mars 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Mouchotte et Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. Les annexes gauches sont enlevées, la trompe étant atteinte de salpingite catarrhale. A droite, la trompe forme une tumeur du volume du poing, purulente. On la sectionne, on la libère et on l'enlève. Hystérectomie sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : une heure dix-huit.

Suites opératoires. — La malade n'a jamais dépassé 37°. Son pouls est resté toujours entre 70 et 80. On change le drain au troisième jour, on l'enlève au sixième. La malade sort guérie le vingt-sixième jour.

Examen des pièces. — Utérus atteint de métrite scléreuse.

Résultats éloignés. — Revue, va parfaitement bien.

OBSERVATION XXXVIII (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Salpingite double suppurée. — Métrite blennorrhagique. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Léa S..., couturière, 22 ans, entre le 28 octobre 1900 à l'hôpital de Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Régée à 16 ans, irrégulièrement; règles peu abondantes et toujours très douloureuses; pertes blanches. Blennorrhagie à 17 ans et métrite. Un accouchement laborieux il y a dix mois.

Depuis qu'elle a de la métrite, la malade a toujours des douleurs dans le bas-ventre, fréquentes surtout depuis sa grossesse, que la fatigue exagère et que le repos ne calme pas. Hystérie.

État actuel. — Au toucher, on sent le col largement ouvert et déchiré. Par le palper combiné au toucher, on sent l'utérus entouré par une masse qui bombe dans les culs-de-sac, surtout latéralement. L'utérus lui-même est en rétroversion.

OPÉRATION le 30 novembre 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Delage. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve l'utérus en rétroversion très prononcée. Les annexes droites sont prolabées dans le cul-de-sac postérieur; la trompe, du volume de l'index, forme avec l'ovaire une masse compacte que l'on attire cependant assez facilement au dehors et que l'on enlève. Les annexes du côté gauche forment également une masse; elles sont plus adhérentes et en cherchant à les amener en haut et en rompant les adhérences qui retiennent la masse, l'ovaire, qui est kystique, se rompt. Après les avoir enlevées, on enlève l'utérus. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération: quarante-cinq minutes.

Suites opératoires. — Soir de l'opération, T. 37°; P. 90.

Les trois jours suivants, la température se tient également à 37°,3 le matin et 37°,6 le soir, avec un pouls constant à 90. La température reste ensuite entre 36°,8 et 37°.

Le huitième jour on raccourcit le drain et le soir la malade monte à 37°,6. Le lendemain on remet un drain plus long, d'ailleurs enlevé complètement au douzième jour. La malade n'a plus de fièvre et sort, guérie, le vingt-troisième jour.

Examen des pièces. — Utérus de volume normal. Lésions de métrite. Trompes hypertrophiées; séro-pus à streptocoques. Ovaires scléro-kystiques.

Résultat. — Elle a été revue plusieurs fois. Elle ne souffre jamais. Cicatrice très peu apparente et très solide. La malade fait un métier très pénible. Les fonctions génitales s'accomplissent sans douleur aucune et le désir n'en est point perdu.

OBSERVATION XXXIX (recueillie par M. GOSSET).

Double salpingite suppurée. — *Métrite.* — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.*
— *Guérison.*

Léonie D..., femme D..., journalière, 24 ans, entre le 21 juin 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Disfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Régée à 15 ans, irrégulièrement. Un accouchement normal

il y a six mois. Pas de fausse couche. Elle entre pour des douleurs dans le bas-ventre avec irradiations vers les lombes et la cuisse. Pas de pertes rouges. Pertes blanches d'abord abondantes, puis qui ont diminué et maintenant sont plutôt verdâtres. Les pertes ont commencé il y a un mois; les règles sont douloureuses, mélangées de caillots. Pas de difficulté de la miction; constipation légère.

État actuel. — Au toucher, on constate que le col est mou et entr'ouvert. Le corps est en rétroflexion adhérente. Le cul-de-sac droit est douloureux, on y sent les annexes. Le cul-de-sac gauche est également douloureux.

OPÉRATION le 29 juin 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Machin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les deux trompes sont suppurées et forment de chaque côté de l'utérus une poche volumineuse qui lui adhère. La trompe gauche est notamment très adhérente et difficile à décortiquer sans qu'on la ponctionne. Hystérectomie sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : une heure dix.

Suites opératoires. — Soir de l'opération, T. 37°,6; P. 95.

Le 30. Matin : T. 37°,7; P. 100. Soir : T. 37°,8; P. 100.

1^{er} juillet. Matin et soir, T. 37°,2 et pouls à 90. La malade rend des gaz. On change le drain.

Le 2. La malade tombe à 37°. On enlève le malade le cinquième jour. La malade fait au vingt-deuxième jour quelques ascensions de température entre 37° et 38° qu'elle atteint une fois. Elle a un état général excellent. Elle ne souffre pas du ventre, mais bientôt se forme un tout petit abcès de la paroi qui donne lieu à l'élimination d'un fil. La malade sort, admirablement guérie, au trente-cinquième jour, avec une paroi excellente.

Examen des pièces. — L'utérus est atteint de métrite scléreuse. La salpingite gauche est suppurée et du volume du poing. La poche droite est grosse comme une orange. Des deux côtés le pavillon de la trompe est oblitéré.

Résultats. — La malade a été revue depuis elle est bien portante, ne souffre jamais. La cicatrice est très bonne; le toucher permet de constater un excellent état local.

OBSERVATION XL (recueillie par M. BERNARD).

Double salpingite suppurée. — Métrite hémorrhagique. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Marie A..., célibataire, crémère, 18 ans, entre le 9 décembre 1899 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents — Réglée à 11 ans et demi, très régulièrement pendant quatre jours; règles douloureuses nécessitant le repos. Jamais de pertes.

Depuis trois mois sont survenues des pertes blanches et des douleurs dans le ventre, surtout à gauche. Les règles, toujours régulières, durent huit jours. Au

moment de ses dernières époques, la malade a dû suspendre tout travail, ayant été prise subitement de douleurs très violentes dans l'abdomen, avec irradiations dans les cuisses ayant nécessité l'emploi de la morphine.

Écoulement très épais, jaunâtre, tachant le linge. Douleurs à la miction. Jamais de grossesse ou de fausse couche.

État actuel. — Au toucher, le col, petit et allongé, est senti en situation normale. Le fond de l'utérus, senti à un travers de doigt au-dessus de la symphyse, se trouve un peu reporté vers la droite. A droite, on sent la trompe un peu augmentée de volume et douloureuse. Le cul-de-sac gauche est douloureux, on y sent une masse grosse comme un œuf de poule.

OPÉRATION le 22 janvier 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Prévot, Gosset, Bernard.

Les annexes adhérentes sont libérées, on fait la castration bilatérale, puis l'hystérectomie sus-vaginale pour supprimer l'utérus volumineux et malade. Drain. Durée de l'opération : quarante minutes.

Suites opératoires. — 22 janvier. Soir : T. 37°,1 ; P. 98.

Le 23. Matin : T. 37°,1 ; P. 122. Soir : T. 37° ; P. 139. La malade vomit un peu.

Le 24. Matin : T. 37°,5 ; P. 105. Soir : T. 36°,9 ; P. 114. La malade vomit beaucoup. Elle rend des gaz.

A partir du lendemain elle ne dépasse plus 37°. Ablation du drain le septième jour. Elle sort guérie au trentième jour, après avoir eu l'avant-veille de son départ un peu de grippe.

Examen des pièces. — Annexes droites et gauches suppurées, infiltration intercellulaire, épaississement considérable des parois ; pas de tubercules.

Résultats éloignés. — Revue en juin 1901, en excellente santé. Très bon état local.

OBSERVATION XLI (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double salpingo-ovarite suppurée. — Métrite. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

B..., Virginie, domestique, 21 ans, entre le 9 mai 1901 à l'hôpital de la Pitié, dans le service du professeur Terrier, salle Lisfranc.

Antécédents. — Réglée à 13 ans et demi, d'abord régulièrement, puis très irrégulièrement, tous les quinze jours ou toutes les trois semaines, depuis sa première grossesse, à 18 ans, terminée par un accouchement normal. Une deuxième grossesse normale il y a un an. Pertes blanches et métrorrhagies depuis ses premières couches. Douleurs dans l'abdomen, surtout dans l'hypochondre gauche. Dernières règles, douloureuses comme les précédentes, il y a huit jours.

État actuel. — Col dur, déchiré, fermé, en situation normale. Corps gros, douloureux à la pression par le palper combiné au toucher. Culs-de-sac empâtés, douloureux, surtout à gauche.

OPÉRATION le 11 mai 1901, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Delage, Alglave. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Quelques adhérences molles unissant les anses grêles à l'utérus et à la trompe gauche sont facilement détachées. L'utérus du flanc gauche, duquel on est obligé de décoller avec prudence la trompe gauche volumineuse est gros, mou, friable ; il se déchire sous les mors de la pince placée sur le fond pour le maintenir. On en pratique l'ablation. Puis on enlève les annexes. Réfection soignée du plancher pelvien. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : trente-cinq minutes.

Suites opératoires. — La malade a eu 37°,2 le soir. Le lendemain, elle à 37°,8 le matin et 37°,9 le soir. Puis elle redescend à 37°,2 et n'a plus de fièvre.

Ablation des fils profonds au huitième jour. Excellente cicatrice.

Examen des pièces. — Uterus volumineux, à parois épaisses de 3 centim., scléreuses, dont la muqueuse est enflammée, recouverte d'un mucus stérile. La trompe gauche, grosse comme un œuf, enflammée, contient un pus épais très ancien, dont la culture n'a révélé aucun microbe et dans lequel on a trouvé seulement à l'examen direct des leucocytes très altérés. L'ovaire gauche scléro-kystique présente un kyste gros comme une noix, non suppuré. Mêmes lésions, mais moins accentuées, du côté de la trompe droite, qui contient du pus également stérile. Ovaire droit scléro-kystique.

Résultat. — La malade quitte le service le 1^{er} juin, en parfaite santé générale et avec un état local parfait.

OBSERVATION XLII (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double salpingite suppurée. — Ovaires scléro-kystiques. — Métrite blennorrhagique. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Marie B..., femme B..., 26 ans, entre le 4 mai 1901 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, régulièrement et abondamment. Jamais de pertes blanches. Quatre grossesses normales : la première à 17 ans, la seconde à 20, la troisième à 22, la dernière à 24 ans. Jamais de fausse couche. Dernières règles, le 2 avril dernier. A ce moment, à la suite d'une marche fatigante, apparurent des douleurs abdominales siégeant surtout dans les hypochondres avec un maximum d'intensité à gauche. Ces douleurs coïncidèrent avec l'apparition de pertes blanches verdâtres. Douleurs à la miction.

État actuel. — Au toucher, on trouve un col gros, lisse, régulier, entr'ouvert, en situation normale, et dont la lèvre antérieure est un peu hypertrophiée. On trouve dans le cul-de-sac gauche une masse douloureuse, assez facile à délimiter par le palper abdominal combiné au toucher. On sent la trompe droite légèrement douloureuse, dans le cul-de-sac droit. Par le palper, on sent le fond de l'utérus un peu refoulé à droite.

OPÉRATION le 9 mai 1901, par M. TERRIER, aidé de MM. Delage, Alglave et Boué. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Libération des adhérences très légères de la trompe droite et de l'ovaire droit, gros et scléro-kystique. A gauche, les annexes suppurées, du volume d'une mandarine, sont adhérentes à l'S iliaque qui les recouvre et au rectum, dans le cul-de-sac postérieur. Il est difficile de les séparer de l'utérus. On y arrive difficilement en décollant le péritoine de la face postérieure du corps.

On enlève le corps utérin au-dessus du col, puis on enlève les annexes droites en les sectionnant de haut en bas. On ne peut enlever les annexes gauches qu'en les décollant de la paroi pelvienne de bas en haut et d'avant en arrière. Hémostase. Réfection du plancher pelvien, en utilisant à gauche où il n'y a plus de séreuse l'S iliaque pour recouvrir la paroi pelvienne et le fond de l'excavation (procédé de Amman). Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : une heure.

Suites opératoires. — 37° le soir de l'opération.

La malade monte peu à peu jusqu'à 38°,5 le soir du troisième jour, puis redescend à 36°,9. On change le drain remplacé par un plus petit le cinquième jour, et on enlève celui-ci le dixième. Cicatrice excellente. La malade va parfaitement bien.

Examen des pièces. — Utérus petit ; muqueuse enflammée recouverte d'une épaisse couche de mucus renfermant des gonocoques. Trompe gauche volumineuse, remplie de pus ; pavillon adhérent à l'ovaire scléro-kystique ; le pus contient des gonocoques. La trompe et l'ovaire droits présentent les mêmes lésions, quoique moins accentuées.

Résultat. — La malade quitte le service le 30 mai, en excellent état.

OBSERVATION XLIII (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double salpingite. — *Ovaires scléro-kystiques.* — *Métrite.* — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — *Guérison.*

Eugénie B. . . , modiste, 30 ans, entre le 22 mars 1901 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 18 ans et demi, régulièrement, pendant cinq à six jours. A 23 ans, première grossesse normale et seconde grossesse heureuse à 25 ans. Fausse couche de deux mois environ en 1867. Depuis, pertes blanches abondantes. En février dernier, la malade s'est purgée pendant ses règles et dit qu'elles se sont arrêtées le lendemain même, ressentant en même temps des douleurs si vives qu'elle dut s'aliter. Depuis, elle a toujours souffert. Au début de mars, elle a eu ses règles pendant huit jours au lieu de cinq.

État actuel. — Douleurs vives dans le bas-ventre, à gauche. Col de l'utérus un peu augmenté de volume seulement. On sent au-dessus de la symphyse le fond de l'utérus dont le corps est repoussé en avant. Le cul-de-sac droit est un peu effacé ainsi que le cul-de-sac gauche. Le postérieur, fortement déprimé, dur,

douloureux à la pression, est rempli par une masse irrégulière, dure, bosselée, qui refoule l'utérus et aplattit le rectum. Par le toucher rectal on reconnaît les mêmes caractères à la tumeur qui tombe dans le cul-de-sac postérieur, grosse comme une noix.

OPÉRATION le 4 avril 1901, par M. GOSSET, aidé de MM. Delage et Alglave. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les annexes sont du volume du pouce et suppurées. On les libère des adhérences qui les rattachent au fond du cul-de-sac postérieur, où elles sont tombées avec les ovaires, et à la face postérieure de l'utérus.

Isolement des annexes avec les ciseaux; ablation des annexes après section des pédicules utéro-ovariens, puis de l'utérus par section sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi. Durée : quarante minutes.

Suites opératoires. — La malade oscille entre 37°,2 (soir de l'opération) et 37°,6 pendant trois jours. Puis sa température reste entre 36°,6 et 37°. On enlève le drain le quatrième jour.

Examen des pièces. — Utérus un peu augmenté de volume, parois épaissies; muqueuse atteinte de métrite fongueuse. Les deux trompes, volumineuses, contournées, dont le pavillon n'est pas oblitéré, ont des parois très épaissies; leur muqueuse est enflammée. Pas de pus. Le léger exsudat de la muqueuse est stérile. Les deux ovaires sont scléro-kystiques.

Résultat. — La malade est partie guérie et en très bonne santé le vingt-deuxième jour.

OBSERVATION XLIV (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Double salpingite suppurée. — Métrite. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Juliette L..., 35 ans, couturière, entre à l'hôpital Bichat le 1^{er} février 1899.

Antécédents. — Douleurs abdominales depuis sept ans, époque à laquelle la malade dit avoir une péritonite; menstruation régulière, pertes blanches dans l'intervalle.

Grossesse normale à dix-huit ans.

12 décembre 1898. Curettage et amputation du col.

31 décembre 1898. Incision du cul-de-sac postérieur. La malade entre de nouveau à l'hôpital le 1^{er} février, pour les mêmes symptômes.

État actuel (10 février 1899). — Au toucher, on sent une masse douloureuse occupant tout le cul de-sac postérieur; les culs-de-sac latéraux sont également occupés par une masse assez grosse et douloureuse.

OPÉRATION le 11 février 1899. Laparotomie médiane. Double salpingite suppurée, surtout à gauche, et très difficile à décortiquer; rupture de la poche et pus dans le petit bassin. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Deux drains; deux mèches de gaze stérilisée.

L'examen du pus montre la présence de gonocoques.

Suites opératoires. — Normales. Sortie le 8 mars 1899.

Suites éloignées (1^{er} août 1899). — État général très bon ; la malade a augmenté de 2 kilogr. ; quelques douleurs abdominales, quelques pertes blanches. Toucher : Rudiment de col en très bon état ; cul-de-sac droit un peu douloureux, légèrement induré ; cul-de-sac gauche douloureux, l'induration paraissant siéger à la base du ligament large gauche.

OBSERVATION XLV (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Salpingite double suppurée. — *Métrite.* — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — *Guérison.*

Marthe C..., femme J..., 19 ans, modiste, entre à Bichat le 24 avril 1899.

Antécédents. — Fausse couche de six mois il y a un an ; depuis ce moment, pertes blanches abondantes ; règles très douloureuses, irrégulières ; douleurs abdominales continuelles.

État actuel (le 3 mai 1899). — Au toucher, le col est dur, légèrement ulcéré, entr'ouvert ; corps normal, mais un peu douloureux à la pression ; dans le cul-de-sac droit, une tumeur du volume d'une mandarine, très douloureuse à la pression ; annexes gauches augmentées de volume et douloureuses.

OPÉRATION le 4 mai 1899. Hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Laparotomie médiane. Ablation des annexes, les pédicules étant très gros et l'utérus en rétroversion ; on fait l'hystérectomie sus vaginale. Drainage.

Suites opératoires. — Normales. Sortie le 24 mai 1899.

Suites éloignées. — Le 7 août 1899, très bon état général. Le toucher permet de s'assurer que les culs-de-sac sont souples et indolores.

OBSERVATION XLVI (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Double salpingite suppurée. — *Métrite.* — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — *Guérison.*

Marie S..., femme C..., 24 ans, tapissière, entre à l'hôpital Bichat le 15 février 1899.

Antécédents. — La malade souffre depuis deux mois de douleurs abdominales et lombaires ; pertes blanches depuis deux ans, mais beaucoup plus abondantes et verdâtres depuis les récentes douleurs. Pas de grossesses.

État actuel (le 3 mars 1899). — Col petit, dur, orifice entr'ouvert, regardant en bas et en arrière ; le corps utérin est immobilisé en légère antéversion. A gauche, annexes douloureuses augmentées de volume ; à droite, grosse masse fluctuante emplissant le cul-de-sac latéral.

OPÉRATION le 4 mars 1899. Hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Laparotomie médiane. Les adhérences épiploïques et intestinales sont libérées; ligature de l'épiploon. Suture latérale de l'intestin en deux points où les tuniques avaient été amincies par déchirure. Ablation des annexes droites et des annexes gauches très adhérentes. Hystérectomie sus-vaginale. Drainage; mèche et drain.

Suites opératoires. — Ablation de la mèche le sixième jour; ablation du drain le 12 avril. Sortie de l'hôpital le 30 avril 1899.

Suites éloignées. — La malade n'a pas été revue depuis son opération.

OBSERVATION XLVII (recueillie par M. ARMAND BERNARD).

Annexite double suppurée avec appendicite — Hystérectomie abdominale sus vaginale. — Mort.

Armandine B..., domestique, célibataire, 24 ans, entre le 6 octobre 1899 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, dans le service du professeur Terrier. Elle vient pour des douleurs abdominales survenues brusquement dans la nuit du 5 au 6 octobre avec localisation à droite; nausées, mais pas de vomissements. Pertes blanches depuis deux ans.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Accouchement à 20 ans suivi d'hémorragies qui l'ont tenue trois mois au lit. Depuis, elle a toujours souffert et a été très mal réglée. Constipation opiniâtre. On constate à l'entrée que le ventre est ballonné, douloureux au point de Mac Burney. La langue est blanche.

En mars et juillet 1898, elle a eu déjà deux crises semblables et deux autres en septembre dernier. Les jours précédents, elle a été très constipée. Le 7 et le 8 octobre, elle a de la diarrhée. On la met à la diète: repos, glace sur le ventre, opium à l'intérieur.

État actuel (10 novembre). — Ventre ballonné; poulx à 96, très ample; température 38°,8; bon état général. Par la palpation profonde, on sent de l'empâtement dans la fosse iliaque droite. Par le toucher vaginal, on sent dans le cul-de-sac droit une masse douloureuse, semblant se continuer avec l'empâtement qui siège dans la fosse iliaque droite. L'utérus est fixé entre ces deux masses à sa place normale.

Urines. Globules gros assez nombreux; leucocytes; hématies, quelques-unes colorées, les autres décolorées. Le volume du dépôt était de la moitié du volume total après un repos de vingt-quatre heures. Urobiline caractérisée et albumine trop abondante pour provenir des leucocytes.

OPÉRATION le 28 novembre 1899, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Bernard et Stepuisky. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. Ponction d'une collection formée par les annexes du côté droit suppurées, du volume du poing et contenant environ 100 gr. de pus jaunâtre bien lié

Libération des annexes adhérent en haut à des anses grêles, et surtout, en bas et en arrière, dans le cul-de-sac postérieur.

Réséction des annexes droites entre deux pinces. Même manœuvre pour les annexes gauches. Hystérectomie sus-vaginale.

Réfection du ligament large. Deux drains. Suture de la paroi.

Durée de l'opération : une heure vingt-cinq.

Suites opératoires. — 28 novembre. Soir : T. 36°,8 ; P. 92. Sérum 1,500 gr.

Le 29. Matin : T. 37°,4 ; P. 140. Soir : T. 37°,8 ; P. 110. Éther, caféine.

La malade vomit beaucoup ; on lui fait 1,500 gr. de sérum.

Le 30. Matin : T. 37°,4 ; P. 104. Soir : T. 37°,9 ; P. 108. 1,000 gr. de sérum.

La malade rend des gaz par l'anus.

1^{er} décembre. Matin : T. 37°,4 ; P. 100. Soir : S. 37°,8 ; P. 120. 1,500 gr. sérum, caféine.

Le 2. Matin : T. 39° ; P. 100. Soir : T. 41°. Pouls incomptable. 1,500 gr. de sérum, caféine, éther.

Mort par péritonite.

OBSERVATION XLVIII (recueillie par M. A. GOSSET).

Salpingo-ovarite double supprimée. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Résection de l'appendice adhérent à la trompe droite. — Guérison.

Victorine L..., danseuse, 22 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, le 19 mars 1900, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, régulièrement pendant trois jours ; ni grossesse, ni fausse couche. Elle perd depuis trois mois en blanc et en jaune ; pas de douleurs à la miction. Les règles sont devenues douloureuses. Elle se plaint de douleurs dans les fosses iliaques, surtout à gauche, plus fortes depuis quinze jours.

État actuel. — Au toucher, le col de l'utérus est repoussé à gauche dans les culs-de-sac latéraux ; on suit les annexes très augmentées de volume et très douloureuses.

OPÉRATION le 22 mars, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Mouchotte et Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. Les deux trompes se présentent sous l'aspect de poches purulentes. On les ponctionne et de la droite on retire environ 50 gr. d'un liquide citrin louche. Résection des annexes et de l'appendice qui est adhérent par sa pointe, sur une longueur d'un centimètre, à la trompe droite. Hystérectomie sus-vaginale. Drain. Durée de l'opération : une heure vingt.

Suites opératoires. — La malade n'a pas dépassé 37°,2 les trois premiers jours. Ablation du drain au septième jour. Sortie guérie au vingt-unième jour.

Examen des pièces. — L'utérus, de volume normal, est très dur à la coupe et en transformation scléreuse. La trompe droite, sinueuse, adhérente à l'ovaire, atteint au niveau de sa partie externe le volume du pouce et contient du pus. L'ovaire est scléro-kystique ainsi que l'ovaire gauche. La trompe gauche est atteinte de salpingite.

Résultats éloignés. — Elle écrit en mai 1901 qu'elle va très bien.

OBSERVATION LXIX (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double salpingite suppurée. — Appendicite. — Appendicectomie. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Mathilde D., femme B..., 35 ans, couturière, entre le 28 juillet 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, d'une façon régulière, pendant trois à quatre jours. Depuis deux ans, les règles sont moins abondantes et un peu douloureuses au début; elles sont presque insignifiantes depuis quatre ou cinq mois et cette diminution correspond avec l'apparition de douleurs dans le bas-ventre; légères douleurs à la miction. Peu de pertes blanches. Ni grossesse, ni fausse couche.

État actuel. — Col utérin étalé, mou, reporté complètement à gauche. Le cul-de-sac antérieur est presque complètement effacé. Le fond de l'utérus remonte à quatre bons travers de doigt au-dessus de la symphyse. Le cul-de-sac droit est effacé par une tuméfaction qui y bombe fortement, séparée en bas du col utérin par un fin sillon; par la palpation bimanuelle, on la sent remonter jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les mouvements qu'on lui imprime se transmettent au col utérin. Elle paraît se continuer dans le cul-de-sac postérieur, quoique moins saillante, enveloppant dans son ensemble en croissant le col utérin. Dans le cul-de-sac gauche, presque complètement effacé par le col utérin qui est presque plaqué contre la paroi vaginale, on sent un petit cordon douloureux du volume d'une noix.

OPÉRATION le 2 août 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Delage et Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'épiploon adhère dans le petit bassin au péritoine pariétal et à la vessie; libération des adhérences. Une anse grêle adhère par sa convexité dans le cul-de-sac postérieur; sa libération méthodique est un peu pénible; éraillure de la muqueuse et surjet immédiat pour réparer ce point faible. Cette anse est de plus adhérente à la trompe droite et en détachant cette adhérence la trompe est ouverte et il s'en écoule un pus fétide. L'appendice adhère par sa pointe à la trompe droite; il est à ce niveau hypertrophié et œdématié. On le résèque. Au niveau des annexes droites existe une masse dans laquelle il est impossible de retrouver l'ovaire: elle a le volume du poing d'un adulte et contient environ 100 gr. d'un pus très fétide; ses parois sont très épaisses; elle est partout si adhérente qu'on la sculpte au bistouri. On arrive à refaire un pédicule utéro-ovarien; le ligament large est détruit en grande partie. Des fragments de trompe y adhèrent; force est de les enlever à la curette. On enlève ensuite la trompe gauche, également suppurée et grosse comme une mandarine. Amputation sus-vaginale de l'utérus. Ligatures des artères; puis reconstitution du péritoine qui est possible à gauche, mais irréalisable à droite où il existe une large surface cruentée, large comme la peau de la main, et donnant lieu à un suintement sanguin. Dans le

cul-de-sac postérieur, drain et mèche. Suture de la paroi. Durée de l'opération, qui a été très laborieuse, une heure trente.

Suites opératoires. — Les suites ont des plus simples jusqu'au cinquième jour. La malade a fait alors un petit abcès de la paroi au niveau d'un fil profond. Puis, pendant environ quinze jours, elle a fait de grandes oscillations de température, atteignant 38°,5 et 39°. Poussée de tuberculose au sommet. Après l'ablation de son drain, vers le vingtième jour, elle a gardé une petite fistulette donnant un très léger suintement et qui s'est fermée peu à peu. Elle sort guérie au cinquantième jour.

Résultats éloignés. — Revue souvent, cette malade va très bien au point de vue local. Excellente cicatrice. Culs-de-sac souples et indolores. État pulmonaire médiocre.

OBSERVATION L (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Double salpingite suppurée à gauche. — Appendicite. — Appendicectomie. — Hystérectomie abdominale totale. — Mort.

C.... femme L..., 42 ans, ménagère, entre à Bichat le 19 juillet 1899.

Antécédents. — Début il y a dix-huit jours; la malade est prise brusquement, le matin, d'une douleur dans le ventre, surtout dans la fosse iliaque droite. Vomissements, fièvre, constipation opiniâtre.

Depuis un mois, pertes blanches abondantes.

État actuel (le 3 août 1899). — Douleur profonde, vive, dans la fosse iliaque droite. Au toucher, col irrégulier, déchiqueté; utérus mobile; cul-de-sac droit douloureux, cul-de-sac gauche douloureux aussi.

OPÉRATION le 4 août 1899. Hystérectomie abdominale totale.

Laparotomie sous-ombilicale. Recherche de l'appendice; ablation. Il y a de la péritonite tout autour de l'appendice; grosse salpingite suppurée gauche; ablation des annexes gauches et droites; hystérectomie totale.

Une heure d'opération.

Suites opératoires. — Mort le 7 août 1899, de péritonite suppurée, probablement d'origine appendiculaire.

OBSERVATION LI (recueillie par M. MAGIN).

Salpingite double suppurée. — Kyste de l'ovaire gauche. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Résection de l'appendice adhérent à la trompe droite. — Guérison.

Gabrielle C..., sans profession, célibataire, 26 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, le 12 février 1900, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 13 ans. Les règles reviennent tous les vingt jours

et en durent 5 à 6. Depuis trois ans, ses règles sont suivies de pertes blanches. Depuis quelques semaines, douleurs dans les fosses iliaques droite et gauche, surtout à gauche. Il y a un mois, elle a dû s'aliter pendant trois semaines pour une pelvi-péritonite.

Etat actuel. — Au toucher, on constate que le col regarde en arrière et à gauche, qu'il est petit, régulier, fermé; son fonds est difficile à sentir; on croit le rencontrer à un travers de doigt au-dessus du pubis. Le cul-de-sac droit est rempli par une masse grosse comme une orange, se prolongeant en arrière. A gauche existe une salpingite un peu moins volumineuse qu'à droite et douloureuse.

OPÉRATION le 5 mars 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Mouchotte et Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. Ponction d'un kyste de l'ovaire gauche, aspiration de 200 gr. de liquide citrin. A droite et à gauche, on décortique les deux trompes suppurées. L'appendice adhère par sa pointe à la trompe droite. Résection de l'appendice.

Hystérectomie sus-vaginale. Drainage. Durée de l'opération : une heure quinze.

Suites opératoires. — Soir de l'opération : T. 36°,6; P. 100. Sérum. La malade vomit beaucoup. Le lendemain elle reste à 37°,3 son pouls est à 104. Le troisième jour au matin, 37°,7, puis la température redescend à 37°. On change le drain le quatrième jour, on l'enlève définitivement le dixième jour, et la malade sort guérie au vingt-deuxième.

Examen des pièces. — L'utérus présente des lésions banales de métrite. L'appendice, qui par son extrémité adhérait à la poche formée par la trompe droite dilatée et suppurée (volume du poing), est malade.

Les annexes gauches présentent la trompe suppurée grosse comme une orange; l'ovaire est kystique, à plusieurs poches.

Résultats éloignés. — La malade a été revue depuis en pleine santé.

OBSERVATION LII (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double salpingite suppurée avec rétroflexion adhérente. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Mort.

Victorine M..., couturière, 24 ans, entre le 4 avril 1901 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, toujours irrégulièrement; règles durant trois à quatre jours. Fausse couche de cinq mois l'année dernière. A toujours eu des pertes blanches.

Au mois de février dernier, elle était déjà venue dans le service pour des douleurs abdominales datant de sa fausse couche. Elle avait subi à cette époque une poussée de pelvi-péritonite, très améliorée par le repos, et quand il s'était agi d'opération, la malade avait préféré partir. Elle revient pour les mêmes

douleurs survenant comme autrefois par crises, avec irradiations dans la région lombaire.

Au toucher, on constate que le col utérin est augmenté du volume, entr'ouvert; regardant en avant, il est en rapport avec la symphyse et admet l'extrémité de l'index. On ne sent pas le corps de l'utérus par le palper abdominal, mais par le toucher on sent son fond dans le cul-de-sac postérieur ou il est immobile et bombe. Les culs-de-sac latéraux sont occupés par une masse volumineuse et douloureuse.

OPÉRATION le 17 avril 1901, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Delage et Alglave. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'épiploon enflammé adhère aux annexes qui sur les côtés de l'utérus forment à droite une tumeur grosse comme une orange adhérente à l'intestin grêle et au rectum ainsi qu'à l'utérus et à la paroi; à gauche, une tumeur adhérente partant de la même façon mais un peu moins volumineuse.

Ablation sus-vaginale de l'utérus. Ponction des poches annexielles. Il s'écoule environ deux verres de pus fétide. Sur chaque ouverture faite par le trocart, une pince à pression est placée qui la ferme et la ponction se fait sans qu'aucune goutte de pus vienne souiller le champ opératoire.

Décortication des annexes gauches et ablation. A droite, on ne peut les enlever; de même on est obligé de sculpter dans la profondeur et sur la paroi pelvienne, au-dessous du cæcum, pour les dégager.

Quand le petit bassin est complètement vidé et nettoyé, il est impossible de recouvrir de péritoine les surfaces cruentées. A gauche, on peut combler la cavité en utilisant l'S iliaque (procédé de Amann de Munich), mais à droite on ne peut que rattacher au côté droit du rectum un lambeau du péritoine antérieur et il reste une surface large environ comme la paume de la main dépourvue de péritoine. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération: une heure un quart.

Suites opératoires. — T. 37°,4 le soir de l'opération. Dans la journée la malade a beaucoup vomi et uriné seule. 2,000 gr. de sérum. Pouls à 95. Elle est un peu agitée.

Le lendemain matin sa température est de 36°,8, son pouls à 95, mais elle est abattue, le ventre est douloureux. Le pansement est fait: il s'écoule par l'aspiration une notable quantité de liquide louche rougeâtre. Le ventre est un peu tendu. Le facies n'est pas très bon. La langue humide. On fait dans la journée 2,000 gr. de sérum et six piqûres de caféine et d'éther. Le soir, elle a 37°,4 et un pouls à 100. Nuit mauvaise, agitée; maux de tête.

Le second jour elle a 38°,1 le matin. Le pouls bat à 140, rapide et petit, presque imperceptible. Le pansement est fait et donne les mêmes résultats que la veille. Le ventre est légèrement ballonné, mais, en somme, très peu douloureux. La plaie est très belle. On recueille du liquide dans le drain avec une pipette pour le faire examiner; on prend du sang pour le faire examiner aussi. Le facies est mauvais, les yeux enfoncés et ternes, la malade a des envies de dormir, elle répond avec peine aux questions qu'on lui pose. On fait des piqûres

de caféine et d'éther. 500 gr. de sérum. La malade meurt dans l'après-midi à deux heures.

Examen des pièces. — L'utérus, petit, avait une muqueuse un peu fongueuse au niveau du col. Les deux ovaires, volumineux étaient kystiques. Les trompes, à parois très épaissies, avaient leur pavillon oblitéré et le pus qu'elles renfermaient était du pus à staphylocoques blancs en très grande abondance, donnant de riches cultures.

L'examen bactériologique du sang montre qu'il renferme des staphylocoques blancs, environ une colonie par goutte de sang.

On trouve également dans le liquide pris avec une pipette dans le drain abdominal de nombreuses bactéries indéterminées et des staphylocoques blancs.

AUTOPSIE. — La cavité péritonéale est remplie de pus liquide et mal lié dans le petit bassin, épais et concret partout ailleurs; seule l'arrière-cavité des épiploons n'en contient point. On a trouvé dans ce pus uniquement du staphylocoque blanc en très grande quantité.

Cause de la mort. — Péritonite septique purulente.

OBSERVATION LIII (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double salpingo-ovarite suppurée. — Métrite. — Rétroflexion de l'utérus adhérente et douloureuse. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Guérison.

Joséphine G..., caissière, 39 ans, entre le 12 octobre 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Règlée pour la première fois à 13 ans, et irrégulièrement jusqu'au premier accouchement, c'est-à-dire à 20 ans. De 13 à 20, ans règles irrégulières mais non douloureuses. Premier accouchement avant terme à huit mois; enfant ayant vécu quelques heures. Deuxième grossesse immédiatement après; fœtus venu à six mois. Un an après, troisième grossesse et fœtus venu à six mois et demi. Depuis cette époque, au moment des règles, vingt-quatre heures avant et pendant, douleurs lombaires et pesanteurs dans le bas-ventre. Les règles durent trois à quatre jours. Dans l'intervalle, pertes blanches. Depuis deux mois, violentes douleurs dans le petit bassin, un peu moins vives quand la malade est couchée et existant aussi bien la nuit que le jour.

État actuel. — Le col de l'utérus est repoussé en avant et un peu à droite, lisse, ferme, sa lèvre antérieure est un peu hypertrophiée. Le corps dont on ne peut trouver le fond au niveau de l'hypogastre, semble confondu dans le cul-de-sac postérieur avec deux masses latérales douloureuses que l'on sent dans les culs-de-sac latéraux : à droite, du volume d'une mandarine, atteignant en dehors la paroi pelvienne, et séparée de l'utérus par un sillon; à gauche, très douloureuse, allant de la paroi pelvienne au cul-de-sac postérieur dans lequel elle empiète pour s'annexer au fond de l'utérus rétrofléchi.

OPÉRATION le 19 octobre 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Delage. Chloroforme par M. Arloing.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Tout le petit bassin est rempli par le fond de l'utérus rétrofléchi et par les deux trompes adhérentes. On procède à la décortication des annexes. La trompe droite, du volume d'une mandarine, est suppurée. Dès qu'on décolle son pavillon, il s'écoule du pus par son orifice abdominal demeuré largement perméable. L'ovaire est transformé en une poche suppurée du volume d'une noix. La trompe gauche, de volume moindre, a un contenu également purulent; l'ovaire est kystique. L'utérus est le type des utérus atteints de métrite. Hystérectomie sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : une heure juste.

Suites opératoires. — Elles ont été des plus simples. La malade n'a pas vomie; elle urine seule le second jour et sa température n'a jamais dépassé 37°,2, atteints le soir de l'opération. Elle sort guérie le vingt-sixième jour.

Résultats éloignés. — La malade, que l'on a souvent l'occasion de revoir, est dans un état de santé excellent.

OBSERVATION LIV (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Double salpingite scléreuse. — Rétroversion utérine adhérente. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

B..., femme M..., 34 ans, employée, entre à l'hôpital Bichat le 25 juillet 1899.

Antécédents. — A 25 ans, grossesse; douleurs violentes dans le ventre à la suite de l'accouchement et repos absolu au lit pendant cinq mois. Pendant cinq ans, santé parfaite; il y a deux ans, douleurs abdominales fréquentes, surtout à droite, et obligeant la malade à garder le lit pendant dix jours à chaque crise.

État actuel (le 9 août 1899). — Utérus en rétroversion, très adhérent, non réductible, annexes douloureuses des deux côtés.

OPÉRATION le 10 août 1899. Hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Laparotomie sous-ombilicale. Utérus en rétroversion, très adhérent; libération des adhérences; hystérectomie sus-vaginale; ablation des annexes; drainage. Durée : une heure trois quarts.

Suites opératoires. — Deux jours après l'opération, hématurie légère qui dure jusqu'au douzième jour; ablation du drain le seizième jour. La malade sort de l'hôpital le 9 septembre 1899, allant bien.

Résultats éloignés. — La malade n'a jamais été revue.

OBSERVATION LV (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Salpingite double. — Rétroversion utérine adhérente. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Hortense V..., 35 ans, femme de chambre, entre à Bichat le 24 juillet 1899.

Antécédents. — Depuis dix-huit mois, pertes blanches abondantes; légères

douleurs abdominales s'exagérant par la fatigue et siégeant surtout du côté droit. Règles irrégulières, mais pas de métrorrhagies.

État actuel (le 4 août 1899). — Ventre souple, col regardant en bas, un peu entr'ouvert, corps en rétroflexion totale, très douloureux, immobile, irréductible. Dans le cul-de-sac latéral droit, tumeur mollasse, très douloureuse, du volume d'une mandarine; annexes gauches augmentées de volume, peu douloureuses.

OPÉRATION le 5 août 1899. Hystérectomie abdominale totale.

Laparotomie sous-ombilicale. Rétroversion adhérente, libération des adhérences; ablation des annexes gauches et droites, *sauf l'ovaire gauche qui est laissé en place*. Hystérectomie totale; durée: quarante-huit minutes.

Suites opératoires. — Normales. Sortie guérie le 25 août 1899.

OBSERVATION LVI (recueillie par M. MAGIN).

Double salpingite catarrhale. — Utérus en rétroversion. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Delphine J..., femme H..., 27 ans, entre à l'hôpital de la Piété, salle Lisfranc, le 20 mars 1900, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Régliée à 12 ans. Les règles sont irrégulières, au point que parfois cinq ou six mois se passent sans qu'elles viennent. Elles sont douloureuses. Deux accouchements: le premier en 1891, application de forceps; la malade est restée malade ensuite pendant six mois; depuis, pertes rouges et blanches. Second accouchement normal en janvier 1899. Pas de fausse couche.

Depuis la première grossesse, douleurs abdominales surtout localisées dans la fosse iliaque gauche, survenant parfois dans la fosse iliaque droite, mais moins vives qu'à gauche. Après avoir été trois mois sans voir ses règles, la malade vient de les avoir pendant quinze jours, du 5 au 21 mars. Elle perd en jaune. Pas de douleurs à la miction. Constipation à peu près continuelle.

État actuel. — Col gros, mou. Utérus gros en rétroversion. Dans le cul-de-sac gauche douloureux, on sent la trompe très augmentée de volume.

OPÉRATION le 10 avril 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. Les annexes attirées au dehors et détachées de quelques adhérences qui les entourent, présentent des lésions inflammatoires des plus nettes; elles sont épaissies. Les ovaires sont en dégénérescence scléro-kystique. Hystérectomie sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération; cinquante minutes.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, la malade a 36°,4 et 78 de pouls. Elle atteint 37°1 le lendemain soir, puis reste au-dessous de 37° jusqu'au septième jour. Ablation du drain le cinquième jour. Le huitième, la malade a de la grippe. Quinine, sa fièvre tombe. Elle fait une rechute, mais malgré ce petit contretemps, elle sort le vingt et unième jour, guérie de son opération et de sa grippe.

Examen des pièces. — L'utérus, du volume du poing, est scléreux. Les deux trompes sont enflammées, leur pavillon oblitéré. Pas de liquide dans leur cavité qui est réduite à une lumière très faible, étant donné l'épaisseur des parois tubaires. Ovaires scléro-kystiques. Toutes ces lésions sont plus marquées sur la trompe et l'ovaire gauches.

Résultats opératoires. — La malade étant revenue à l'hôpital pour un ulcère variqueux et des accidents de syphilis, a été émise dans un service de médecine. On a pratiqué le toucher : culs-de-sac souples et indolores ; moignon utérin en bonne situation. Excellente paroi abdominale.

OBSERVATION LVII (recueillie par M. FRIEDEL).

Salpingite double. — Utérus en rétroversion adhérente. — Hystérectomie abdominale. — Conservation de l'ovaire gauche. — Guérison.

P..., femme C..., 34 ans, entre le 13 janvier 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Elle n'a jamais été régulièrement réglée. Accouchement normal il y a douze ans, mais depuis elle a des pertes fréquentes et abondantes en rouge, en dehors de ses règles de ses règles. Légères pertes blanches.

État actuel. — A la palpation, la fosse iliaque est douloureuse. Le toucher vaginal montre un col long, lisse, régulier, entr'ouvert, regardant en avant. Le corps de l'utérus, très long, est assez gros, dévié à gauche, facile à sentir à 5 centim. au-dessus de la symphyse. Il existe une légère induration dans le cul-de-sac latéral gauche. La pression provoque une douleur assez vive dans le cul-de-sac droit qui est assez souple.

OPÉRATION le 10 février, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Sikora et Friedel. Chloroforme par M. Boureau.

Laparatomie. Les annexes sont très adhérentes à la face postérieure de l'utérus et à la paroi pelvienne. L'hémostase est très difficile. On enlève les annexes droites, puis la trompe gauche, en conservant l'ovaire gauche qui est absolument sain. Comme l'utérus est dépourvu de péritoine sur une grande étendue qui saigne et qu'il est en rétroversion adhérente, on pratique l'hystérectomie sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : une heure un quart.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, 36°,9 de température et pouls à 70. Le lendemain, 37°,2 le matin et 37°,1 le soir, avec un pouls à 100. Puis la malade reste entre 36°,5 et 37° jusqu'à son départ, le vingt-septième jour. On lui a retiré son drain le sixième.

Examen des pièces. — Utérus très augmenté de volume, du volume du poing. La face postérieure de l'utérus, irrégulière, présente les traces des adhérences détruites au cours de l'opération. A la coupe il est scléreux, sa paroi mesure 3 centim. et demi d'épaisseur. Double-salpingite scléro-kystique. Ovaire droit kystique.

Résultats éloignés. — Revue en excellente santé en mars 1901. Culs-de-sac souples, indolores. Moignon utérin non douloureux et en bonne situation.

OBSERVATION LVIII (recueillie par M. MAGIN).

Salpingite double. — Rétroflexion adhérente de l'utérus. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Marie B..., célibataire, domestique, 45 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, le 10 février 1900, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Règlée à 12 ans, régulièrement ; quelques petites pertes blanches. En 1884, première grossesse suivie d'un accouchement normal ; seconde grossesse également normale en 1888. Depuis le mois d'août 1899, elle ressent une sensation de pesanteur douloureuse dans le bas-ventre. Ces douleurs augmentant, elle a été trouver en janvier dernier un médecin qui lui a placé un pessaire, mais comme elle n'en retire aucun bénéfice et continue à souffrir, elle se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Au toucher, le col abaissé, ouvert, regarde en avant. Le fond de l'utérus ne peut pas être senti par le palper abdominal, mais on le sent par le toucher augmenté de volume, dans le cul-de-sac postérieur. Dans le cul-de-sac gauche, on sent les annexes de ce côté un peu augmentées de volume.

OPÉRATION le 1^{er} mars 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Mouchotte et Magin.

Laparotomie. A gauche, on trouve une salpingite non suppurée du volume d'une mandarine. A droite, la trompe est malade. Dans la corne droite de l'utérus, fibrome interstitiel du volume d'une noix. Hystérectomie sus-vaginale. Un drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : cinquante-cinq minutes.

Suites opératoires. — Durant les trois premiers jours, la malade monte jusqu'à 38°, mais elle a un peu de bronchite. On ne lui fait ni sérum ni caféine ; étant donné l'origine de sa fièvre, ventouses. Elle retombe en deux jours à 37° et sort guérie le vingt-septième jour.

Examen des pièces. — Hydrosalpinx à gauche. Salpingite catarrhale à droite.

Résultats éloignés. — N'a pas pu être retrouvée.

OBSERVATION LIX (recueillie par M. ALGLAVE).

Double hydrosalpinx. — Utérus fibromateux. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Céline R..., femme B..., 40 ans, ménagère, entre le 9 avril 1901 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Règlée à 13 ans, toujours régulièrement, pendant six jours. Quatre enfants ; dernière grossesse il y a huit ans. Depuis environ quinze mois,

elle souffre dans le bas-ventre au moment de ses règles et seulement pendant ses règles. Ce sont des douleurs sourdes, à irradiations lombaires. Au mois de juin dernier, elle eut d'abondantes métrorrhagies ; depuis cinq semaines, elle a continué à perdre dans l'intervalle de ses règles du sang en assez grande abondance et elle n'a pas cessé de souffrir.

État actuel. — Le col, haut situé, est difficile à atteindre avec le doigt. L'utérus, augmenté de volume, est senti au-dessus de la symphyse, un peu plus haut à droite qu'à gauche. On sent dans le cul-de-sac postérieur une masse formée par les annexes.

OPÉRATION le 16 avril 1901, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Delage et Alglave. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. La femme étant très grasse, on a quelque peine à aller bien saisir l'utérus pour l'attirer. Les trompes, volumineuses et flexueuses, sont allongées et présentent deux hydrosalpinx. A l'extrémité externe de la trompe gauche existe un kyste gros comme une mandarine. L'utérus, fibromateux, est du volume du poing. Hystérectomie sus-vaginale. Ablation des annexes. Réfection du plancher péritonéal. Suture de la paroi sans drainage. Durée de l'opération : quarante minutes.

Suites opératoires. — Normales et sans élévation de température qui a atteint un maximum de 37°₃ le matin du second jour. La malade sort guérie le 15 mai.

Examen des pièces. — Utérus augmenté de volume, à parois épaissies, avec un polype fibreux gros comme une petite noix. Les ovaires sont scléro-kystiques. La trompe droite est épaissie, enflammée, dilatée. La trompe gauche présente un kyste du pavillon comme une grosse noix, à parois minces, à contenu clair et communiquant avec la cavité tubaire. L'examen bactériologique de la muqueuse et du contenu des trompes les a montrés stériles.

Résultat. — La malade est sortie en excellente santé et n'éprouvant plus aucun maiaise.

OBSERVATION LX (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double salpingite suppurée à gauche. — Fibrome de l'utérus. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Pauline D..., femme B..., blanchisseuse, entre le 10 juillet 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 16 ans, toujours régulièrement ; les règles sont abondantes, mêlées de caillots, très douloureuses au début, et durent huit jours. Pas de fausse couche, pas de grossesse. Depuis un mois, pertes blanches très abondantes et douleurs extrêmement vives dans le côté gauche avec irradiations dans la cuisse et la région des reins. Palper abdominal indolore.

État actuel. — Au toucher, vagin légèrement granuleux. Col très long, dur, à très petit orifice régulier ; regarde presque directement en bas. Le corps de

l'utérus, très dur, peu mobile, est augmenté de volume, remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les culs-de-sac antérieur et latéral droit sont libres et souples. La partie postérieure du cul-de-sac gauche et le cul-de-sac postérieur lui-même sont envahis par une masse molle, fluctuante, entourant en demi-cercle le col utérin dont elle est séparée par un sillon très net, extrêmement douloureuse à la pression.

OPÉRATION le 18 juillet 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Delage. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On extirpe d'abord les annexes qui sont du volume de l'index à droite et forment à gauche une poche volumineuse comme un gros œuf, que l'on ponctionne et qui donne issue à un pus crémeux blanchâtre. Hystérectomie sus-vaginale pour enlever l'utérus fibreux. Drain. Suture de la paroi. Durée : une heure.

Suites opératoires. — Soir de l'opération : T. 37°,3 ; P. 94.

Le 19. Matin : T. 38°,3 ; P. 96. Soir : T. 39°,3 ; P. 112.

Le 20. Matin : T. 38°,4 ; P. 90. Soir : T. 38°,6 ; P. 88.

Le 21. Matin : T. 37°,8 ; P. 86. Soir : T. 37°,2 ; P. 84.

Le 22. Matin : T. 38° ; P. 84. Soir : T. 37°,2 ; P. 84.

Le 23. La température tombe à 36°,8 pour ne plus se relever. On enlève le drain le sixième jour après l'avoir changé le quatrième. La malade sort guérie le vingt-cinquième jour.

Résultats éloignés. — Va très bien.

OBSERVATION LXI (recueillie par M. FRIEDEL).

Double salpingite suppurée. — Fibrome pédiculé de la face postérieure de l'utérus. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

J. V..., femme H..., sans profession, 34 ans, entre le 31 octobre 1899 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, dans le service du professeur Terrier.

Elle se plaint de douleurs abdominales remontant déjà à quelques années. On la met au repos.

Etat actuel. — Au toucher, empatement des culs-de-sac latéraux douloureux à la pression. On sent le cul-de-sac postérieur qui fait une forte saillie dure, indolore.

OPÉRATION le 9 novembre 1899, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Chaillous et Friedel. Anesthésie au chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. L'épiploon est rattaché aux annexes par des adhérences qui sont libérées; une poche suppurée du côté droit est ouverte en rompant une de ces adhérences; il s'écoule un pus clair, un peu fétide. Les annexes, volumineuses, sont ponctionnées; de chaque côté elles sont purulentes. Puis avec la main on les libère et on les enlève.

L'utérus est rétrofléchi; énucléation d'un fibrome de volume moyen pédiculé,

implanté à la face postérieure de l'utérus et tombant dans le cul-de-sac postérieur.

Hystérectomie sus-vaginale. Suture du péritoine. Drain et mèche. Suture de la paroi. Durée de l'opération : deux heures.

Suites opératoires. — 9 novembre. Soir : T. 36°,8 ; P. 92. 1,500 gr. de sérum ; caféine et éther.

Le 10. Matin : T. 37°,2 ; P. 108. Soir : T. 38° ; P. 104. 500 gr. de sérum. La malade urine seule.

Le 11. Matin : T. 37° ; P. 104. Soir : T. 38°,6 ; P. 109. 500 gr. de sérum. Injection de 10 centigr. de sparténie. La malade rend des gaz et a une selle.

Le 12. Matin : T. 37°,4 ; P. 100. Soir : T. 38° ; P. 92.

Le 13. Matin : T. 37° ; P. 96. Soir : T. 37°,6. P. 96. Ablation du drain.

Le 14. Matin : T. 37° ; P. 84. Soir : T. 37°,4 ; P. 84. Ablation de la mèche, petit drain.

La malade oscille à partir de ce jour entre 36°,8 et 37°,2. On enlève le petit drain le 16 et elle sort guérie le vingt-neuvième jour.

Résultats éloignés. — N'a pu être revue.

OBSERVATION LXII (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double salpingo-ovarite suppurée. — Utérus fibromateux. — Hystérectomie abdominale sus vaginale. — Guérison.

Hélène L..., femme C..., couturière, 40 ans, entre le 15 décembre 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, régulièrement, pendant deux à trois jours. Les règles ont commencé à venir irrégulières et toujours avec un peu d'avance, il y a trois ans, et plus particulièrement depuis six mois. Elle a eu trois enfants, tous venus à terme et sans peine, âgés respectivement de 18, 16 et 12 ans. A l'âge de vingt-huit ans, métrorrhagies pendant trois semaines. De 18 à 22 ans, pertes blanches. Il y a trois semaines, pertes tachant le linge en jaune et l'empesant ; d'abord abondantes, ces pertes diminuent depuis une huitaine de jours, date à laquelle la malade s'est alitée parce qu'elle souffrait de douleurs dans la région hypogastrique avec irradiations à gauche et qu'elle compare aux douleurs expulsives de l'accouchement ; ces douleurs sont exagérées par la fatigue et la palpation du flanc gauche. Pas de métrorrhagies nouvelles. Constipation opiniâtre habituelle et mictions fréquentes, peu abondantes, pénibles.

Etat actuel. — Au toucher, col ouvert dans l'axe du vagin, gros et mou. Corps augmenté de volume, dur. Masses volumineuses et douloureuses à la pression dans les culs-de-sac.

OPÉRATION le 22 décembre 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Delage. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le petit bassin est rempli par une masse volumineuse et unique due à l'adhérence des masses annexielles à l'utérus

qui sur les côtés et en arrière est englobé par elles et plaqué contre la paroi postérieure de la symphyse pubienne.

En arrière de cette masse, l'S iliaque et le rectum lui sont soudés par des adhérences telles qu'on ne peut pas les isoler avec la main et que l'on est obligé de créer au bistouri un plan de clivage.

Les annexes droites sont les premières sectionnées et enlevées, mais au cours des manœuvres nécessitées pour les décortiquer, la poche se rompt et laisse s'écouler un pus verdâtre immédiatement essuyé par des compresses ; une pince est placée pour obturer cette déchirure et l'on enlève la poche. On enlève également les annexes gauches que l'on doit disséquer aux ciseaux pour les isoler d'une part de la face postérieure de l'utérus, et de l'autre de l'S iliaque, car elles sont tombées dans le cul-de-sac postérieur. L'utérus, en totalité fibromateux, est enlevé par une section sus-vaginale. Hémostase complète et toilette soignée du petit bassin en certains points dépourvu de péritoine. Il n'en reste plus assez à gauche pour faire une couverture séreuse, et par cinq points séparés à la soie fine on réunit le péritoine de la paroi antérieure à l'S iliaque suivant le procédé de Amamm (de Munich). Au-dessus du moignon utérin on a assez de péritoine pour en recouvrir la surface de section utérine.

A droite, deux points à la soie réunissent le péritoine à la séreuse du rectum. Ce qui reste du ligament large droit est refermé par un surjet. Un drain est placé tout à fait au fond de la cavité contre le moignon utérin, un autre est placé tout simplement dans le petit bassin. La masse intestinale et l'épiploon sont remis en place. Suture de la paroi en trois plans. Durée de l'opération : une heure vingt-cinq.

Suites opératoires. — Excellentes. 37°,4 le soir de l'opération.

La température, à 37° le lendemain, y reste définitivement.

Elle vomit peu le premier jour et urine seule le soir de l'opération.

Elle sort guérie le trentième jour.

Examen des pièces. — Utérus très volumineux, à parois épaisses de 4 millim. et contenant du pus. Les trompes ont des parois très épaissies et contiennent du pus dans lequel l'examen direct ne décele aucun microbe. Les ovaires, très gros, sont kystiques.

Résultats éloignés. — Cette malade a été revue plusieurs fois : elle va absolument bien et son examen est des plus satisfaisants.

OBSERVATION LXIII (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Salpingite double suppurée. — Utérus fibromateux. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Marie Nic..., domestique, 38 ans, entre le 26 juin 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 11 ans, toujours très régulièrement. Ni fausse couche, ni accouchement. Elle entre pour des douleurs dans les fosses iliaques, surtout dans le côté droit. Depuis un mois elle a des pertes tachant son linge

en jaune. Cuissons en urinant. Règles douloureuses et assez abondantes, sans caillots. Constipation habituelle.

En janvier dernier, cette malade a été soignée à la Pitié, dans le service du Dr Chaput, pour métrite blennorrhagique. Elle est sortie guérie après un séjour de trois mois à l'hôpital.

Depuis un mois des douleurs l'on reprise; sensation de pesanteur constante dans l'hypochondre gauche avec irradiations aiguës vers la cuisse du même côté et la vulve. Elles sont augmentées par la palpation au niveau de la fosse iliaque. Les urines, de couleur acubée, laissent par le repos déposer du pus. Il y a quinze jours la malade a eu une métrorrhagie assez abondante survenant huit jours après l'époque normale de ses règles.

État actuel. — Au toucher, col de nullipare, petit, regardant en bas et légèrement en arrière. Le cul-de-sac postérieur, très profond, est souple. Rien dans le cul-de-sac latéral gauche. Dans le cul-de-sac droit, on sent une tuméfaction, indépendante du corps utérin et séparé de lui par un sillon, extrêmement douloureuse à la pression.

OPÉRATION le 12 juillet 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Delage et Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On constate que les deux trompes sont enflammées, à parois épaissies. La trompe gauche suppurée est du volume d'une mandarine, la trompe droite forme une poche également suppurée et plus volumineuse. L'utérus est fibromateux et présente au niveau du fond un petit fibrome gros comme une noix, pédiculé et rattaché à l'utérus par un pédicule gros comme un crayon. Hystérectomie sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : une heure.

Suites opératoires. Soir de l'opération : T. 36°,9; — P. 95.

Le 13. Matin et soir : T. 37°,5; P. 95 et 110.

Le 14. Matin et soir : T. 37°,6; P. 90 et 100.

Le 15. Matin et soir : T. 37°; P. 85 et 90.

Le 16. Matin : 37°,1; P. 85 Soir : T. 37°,5. P. 90.

Le 17. Matin : T. 37°,1; P. 90. Soir : T. 37°,4; P. 95.

Le 18. Matin : T. 36°,9; P. 85. Soir : T. 37°,1. P. 85; On enlève le drain.

La malade ne dépasse plus 37° et sort le vingt-troisième jour.

Examen des pièces. — Salpingite gauche et droite du volume d'une grosse mandarine. Utérus avec un fibrome pédiculé sur le fond et deux noyaux fibreux à la face antérieure.

Résultats éloignés. — Elle va très bien en février 1901.

OBSERVATION LXIV (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Salpingite double suppurée. — Utérus bourré de petits fibromes. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Alice D..., femme C..., 41 ans, couturière, entre à Bichat le 26 juin 1899.

Antécédents. — La malade est prise brusquement le 25 mai 1899, à la fin

des règles, de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite sans irradiations ; vomissements ; pas de constipation. L'état restant le même pendant plusieurs jours, la malade entre à l'hôpital, dans le service de M. Talamon ; les symptômes restent stationnaires.

Dix-huit jours après, nouvelle crise douloureuse pendant plusieurs heures ; on fait alors passer la malade dans le service de chirurgie.

État actuel (le 2 juillet 1899). — Douleurs, fièvre, vomissements. A la palpation, ventre amaigri, assez souple au toucher ; col gros, mou, élastique, peu douloureux à la pression ; lèvres postérieures légèrement ulcérées ; le corps est en situation normale. Dans le cul-de-sac latéral droit, masse volumineuse séparée de l'utérus par un sillon très douloureux ; cette masse se prolonge dans le cul-de-sac postérieur ; le cul-de-sac gauche est très douloureux et rempli par une masse moins volumineuses que le droit.

OPÉRATION le 3 juillet 1899. Hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Ablation des annexes volumineuses, très adhérentes et suppurées. L'utérus est bosselé de petits fibromes ; hystérectomie sus-vaginale ; le surjet péritonéal est assez difficile à faire ; les adhérences saignent un peu ; drainage.

Suites opératoires. — Normales Sortie le 23 juillet 1899.

Résultats éloignés. — Revue en excellente santé en mars 1901.

OBSERVATION LXV (Professeur TERRIER, in *Revue de chirurgie*, 1899).

Salpingite double suppurée. — Utérus fibromateux. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

B..., sans profession, 52 ans, entre à la maison de santé en février.

Antécédents. — A eu un enfant après quatre années de mariage. Aurait fait une fausse couche avant cette grossesse. La malade, déjà souffrante depuis des mois, fut reçue à la maison de santé en février 1899, pour être traitée de ses salpingites par le repos, les injections antiseptiques et les bains. Les règles, qui avaient disparu, reviennent à la fin de février et durent quatre jours.

OPÉRATION le 17 mai 1899. Très pénible. Double salpingite adhérente. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drainage.

Suites opératoires. — Des plus simples. La malade sort de la maison de santé le 7 août 1899, en très bon état, mais encore faible.

Le 17 août 1899. Bonnes nouvelles de l'opérée, des transpirations abondantes l'incommodent.

Résultats éloignés. — Inconnus.

OBSERVATION LXVI (recueillie par M. MAGIN).

Salpingite double suppurée. — Absès de l'ovaire droit. — Fibrome de l'utérus. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Berthe G..., 38 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, le 20 mars 1900 dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Régliée vers 15 ans, régulièrement jusqu'à 19 ans.

A partir de cette époque, elle a eu cinq grossesses successives, dont trois se sont terminées par des fausses couches. La malade n'a jamais perdu en blanc, mais abondantes pertes rouges dans l'intervalle de ses grossesses. Depuis un mois, douleurs dans le petit bassin et les fosses iliaques, surtout à gauche, avec irradiations dans les lombes. La malade a beaucoup maigri, surtout depuis un mois. Son appétit a diminué. Elle ne tousse pas, mais se plaint de palpitations de cœur.

État actuel. — On trouve au toucher un col immobilisé et abaissé, distant de la vulve d'une longueur de deux phalanges, lisse, régulier, fermé. On sent le fond de l'utérus, douloureux, à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse. Le cul-de-sac droit est rempli par une masse qui se prolonge en arrière, et que par le palper combiné au toucher on peut prendre entre les deux mains, grosse comme une orange. Dans le cul-de-sac gauche douloureux, on sent sur le côté de l'utérus une masse du volume d'une mandarine.

OPÉRATION le 2 avril 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Mouchotte et Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie. On constate sur le fond de l'utérus un petit fibrome sessile du volume d'une énorme noix. On l'enlève par morceaux, puis on enlève les annexes, les deux trompes étant transformées en poches purulentes du volume d'une mandarine. L'ovaire droit est transformé en une poche suppurée qui communique avec la cavité tubaire. On résèque un fragment d'épiploon adhérent aux parois des poches salpingiennes et qui présente des traces de lésions inflammatoires anciennes. Hystérectomie sus-vaginale. Deux drains. Durée de l'opération : une heure trente-cinq.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, la température est de 36°,9 et le pouls à 108. Le lendemain et le troisième jour, elle monte jusqu'à 37°,4 et 37°,6 avec un pouls à 100. A partir du quatrième jour, la température demeure entre 36°,8 et 37°,2. On enlève un drain le cinquième jour et l'autre le onzième. La malade sort guérie le trente-deuxième jour.

Examen des pièces. — L'utérus est scléreux. Les parois de la trompe gauche mesurent à la coupe 1 centim. et demi d'épaisseur.

Résultats éloignés. — On n'a pas pu retrouver cette malade à l'adresse indiquée par elle.

OBSERVATION LXVII (recueillie par M. SIKORA).

Salpingite droite suppurée. — *Salpingite gauche ancienne.* — *Fibrome utérin.*
— *Hystérectomie abdominale totale.* — *Conservation de l'ovaire gauche.* —
Guérison.

Marguerite B..., 36 ans, sans profession, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, le 5 février 1900, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Pas de renseignements.

État actuel. — Fibrome peu volumineux de l'utérus.

Au toucher, on sent un empatement de tout le cul-de-sac latéral droit.

OPÉRATION le 28 février 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Sikora et Magin. Chloroforme par M. Boureau.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Libération et ablation de la trompe gauche atteinte de lésions de vieille salpingite. L'ovaire gauche, sain, est conservé. On isole et on enlève les annexes droites dont la trompe a le volume d'une grosse orange, puis hystérectomie sus-vaginale. Pas de drainage. Suture de la paroi. Durée de l'opération : une heure dix.

Suites opératoires. — La malade a oscillé entre 36°,5 et 36°,9 sans jamais atteindre 37°. Elle sort guérie le vingt-cinquième jour.

Examen des pièces. — L'utérus forme un petit fibrome classique gros comme le poing.

Résultats éloignés. — Excellents.

OBSERVATION LXVIII (recueillie par M. ARMAND BERNARD).

Hémato-salpinx gauche. — *Hématocèle rétro-utérine.* — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — *Appendicectomie.* — *Guérison.*

Félicie S..., 35 ans, entre le 17 octobre 1899 à l'hôpital Bichat, salle Chas-saignac, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — La malade entre à l'hôpital pour des douleurs de ventre qui ont commencé il y a huit jours, en débutant d'une façon brusque dans la fosse iliaque droite pour se généraliser à tout l'abdomen. Ces douleurs surviennent par crises et la malade en accuse six ou sept depuis huit jours; l'une d'elles a été accompagnée de nausées et de vomissements.

La malade s'était déjà fait soigner à Bichat il y a six mois pour des douleurs analogues. Elle a été réglée à 12 ans. Ses règles, régulières, non douloureuses, durant de trois à quatre jours. Elle a eu trois accouchements normaux, le dernier il y a sept ans; pas de fausse couche. Depuis six mois elle perd abondamment en jaune, et depuis trois semaines a des métrorrhagies, quelques caillots tous les jours; ces pertes sont fétides. Pas de gonflement des seins, pas de vomissements. Dernières règles il y a un mois.

État actuel. — On sent dans la fosse iliaque droite un gros empatement descendant vers l'arcade crurale, profond et douloureux, correspondant à un empatement que le toucher permet de sentir dans le cul-de sac latéral droit. Dans le cul-de-sac latéral gauche on ne sent rien. Cul-de-sac postérieur empâté comme le droit, mais moins saillant.

OPÉRATION le 24 novembre 1899, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Bernard et Stepinsky. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Ponction d'une poche volumineuse située à droite et en arrière de l'utérus, très adhérente aux anses grêles et au cæcum, descendant dans le petit bassin. La ponction ne donne rien. Ablation

des annexes droites, ouverture et évacuation à la main du contenu de la poche, c'est-à-dire d'environ 750 gr. de caillots noirâtres. Ablation de la trompe gauche, du volume d'une mandarine remplie, d'un liquide noirâtre, poisseux, qui paraît être du sang. Hystérectomie sus-vaginale.

Libération de plusieurs anses grêles soudées ensemble, dont la portion terminale de l'iléon et de l'appendice très long, augmenté de volume, engainé dans les fausses-membranes qui constituent la paroi très épaisse de la poche. Appendicectomie. Reconstitution et suture du ligament large. Drain et mèche. Suture de la paroi. Durée de l'opération : une heure cinquante.

Suites opératoires. — Le soir, la malade a eu 37° et 92 de pouls, et pendant les huit premiers jours elle a oscillé de 37° le matin à 37°,8 le soir. On a enlevé le drain le troisième jour et la mèche le quatrième; celle-ci a été remplacée par un tout petit drain enlevé définitivement le sixième jour.

La malade est sortie guérie le vingt-quatrième jour.

Résultats éloignés. — Inconnus.

OBSERVATION LXIX (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Salpingo-ovarite gauche. — Grossesse tubaire droite. — Kyste suppuré de l'ovaire droit. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Juliette R..., corsetière, 33 ans, entre le 27 novembre 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, service du professeur Terrier.

Antécédents. — Régliée à 13 ans, toujours bien réglée. Mariée à 21 ans. Une fausse couche six mois après. A 23 ans, accouchement normal. Entre sa fausse couche et sa grossesse, elle a eu des douleurs dans le ventre et de la métrite. Quinze mois après son accouchement, elle est curettée à l'hôpital Bichat. Depuis, elle allait bien. Il y a deux mois, elle a eu de nouvelles douleurs dans le ventre et un retard de deux mois dans la venue de ses règles. Subitement, le 17 octobre, abondantes métrorrhagies qui cessent pendant huit jours et, ayant repris, durent encore. L'écoulement n'est plus très abondant, mais douloureux et continu. Ces derniers jours, elle a eu de vives douleurs dans la région hypogastrique, s'irradiant dans la région lombaire, siégeant surtout à droite. L'appétit est conservé; l'état général bon. Un peu de constipation.

Etat actuel. — Col volumineux, conique; orifice largement ouvert, regarde en arrière. Le corps, en antéflexion, non douloureux, remonte à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse; il semble un peu volumineux. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une masse irrégulière et douloureuse, s'étendant jusqu'à la paroi de l'excavation, séparée du col par un sillon. Les culs-de-sac latéral gauche et postérieur sont souples.

OPÉRATION le 17 décembre 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Delage. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les deux trompes sont du volume du pouce. Les deux ovaires kystiques; celui du côté gauche, tombé dans le cul-de-

sac, est du volume d'un œuf; dans les manœuvres faites pour l'attirer, il se rompt. Hystérectomie sus-vaginale.

Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération quarante-cinq minutes.

Suites opératoires. — Soir de l'opération T. 36°,8; P. 80. La malade oscille entre 36°,8 et 37°,2 avec un pouls à 80 tant qu'elle reste dans le service. On enlève le drain au quatrième jour. Elle sort au dix-huitième, absolument guérie.

Examen des pièces. — La muqueuse de l'utérus est épaisse, bourgeonnante, carduque. La trompe droite, très volumineuse, dilatée, contient du sang, du pus et un placenta très altéré, mais très reconnaissable par l'examen microscopique après dissociation. L'ovaire du même côté est kystique, suppuré; il contient du pus très ancien avec des cocci séparés ou réunis deux à deux, prenant le Gram (streptocoques probablement). Ils n'ont pas été cultivés. L'ovaire et la trompe gauche atteinte de salpingite sont moins malades.

Résultats éloignés. — L'examen de la malade revue en mars 1901 est satisfaisant à tous les points de vue.

OBSERVATION LXX (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Double hématosalpinx. — Métrite hémorragique. — Kystes hématiques des oaires. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Louise Th..., femme R..., rempailleuse, 42 ans, entre le 6 janvier 1901 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Cette femme a eu 9 enfants, 9 grossesses sans incidents terminées toutes par des accouchements normaux. Elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de 15 ans. Elle est malade depuis un mois. Elle avait un retard de six semaines dans ses règles lorsqu'elle fut prise d'une forte métrorrhagie. Depuis, elle perd sans cesse du sang et se plaint de vives douleurs abdominales au-dessus du pubis. Quand elle entre, elle n'a pas pu uriner depuis trente heures ni aller à la selle depuis quatre jours. La palpation abdominale est très douloureuse au-dessus du pubis et dans les fosses iliaques, à droites surtout. Elle perd en jaune d'ordinaire.

État actuel. — Au toucher, on sent le col utérin très en avant; la lèvre postérieure n'existe plus et la lèvre antérieure est molle. Le corps est volumineux et douloureux. Les culs-de-sac sont durs et bombent.

OPÉRATION le 31 janvier 1901, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Delage. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A gauche, les annexes sont englobées dans une masse d'adhérences faisant un tout de l'ovaire et de la trompe et donnant l'aspect à la vue et au toucher d'une ancienne hématocele. Cette masse est adhérente à la paroi pelvienne et au flanc et à la paroi postérieure de l'utérus, dont il est difficile de la détacher; on parvient à l'en isoler ainsi que de l'S iliaque auquel elle adhère, surtout par ses franges épiploïques qui sont épaissies.

On pratique la section sus-vaginale de l'utérus, puis l'ablation de toutes les parties malades que l'on doit morceler. On fait immédiatement une toilette soignée de cette partie de la cavité qui demeure dépourvue de péritoine, puis on enlève à droite la trompe et l'ovaire qui forme un tout compact, adhérent aux parties voisines et au rectum, mais moins fortement qu'à gauche.

On peut refaire à droite une couverture péritonéale dans la cavité sur une très petite étendue; comme c'est impossible au delà et à gauche, on parvient à en recouvrir les parties cruentées grâce à l'S iliaque, suivant le procédé de Amamm. Drain profond. Suture de la paroi. Durée de l'opération : quarante-cinq minutes.

Suites opératoires. — La malade a 36°,7 et 90 de pouls le soir de son opération. Elle monte le lendemain à 37°,4 le matin et à 38° le soir, avec un pouls à 100. Elle a beaucoup vomi et a uriné seule le premier jour. Puis elle tombe à 37°. Le cinquième jour elle remonte à 37°,8 le matin, à 38°,8 le soir. Comme elle n'a plus été à la selle, on lui donne un lavement. Elle retombe à 37° en deux jours et n'a plus de température. Ablation du drain, progressivement raccourci, le quinzième jour.

Elle sort guérie le trente-deuxième jour.

Examen des pièces. — L'utérus est hypertrophié. Sa muqueuse est fongueuse. Les trompes, volumineuses comme le pouce, dilatées, contiennent des caillots. Les ovaires sont kystiques. De chaque côté le pavillon de la trompe s'ouvre dans un kyste hématique. Nulle trace dans les trompes ou les caillots des kystes, de grossesse extra-utérine récente ou ancienne.

Résultats éloignés. — Revue en mai 1901, très bien portante.

OBSERVATION LXXI (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Salpingite gauche. — *Kyste de l'ovaire droit inclus dans le ligament large.* — *Hématosalpinx droit ancien.* — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — *Guérison.*

Marie-Louise M..., femme Ch..., blanchisseuse, 22 ans, entre le 4 novembre 1900 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 16 ans. Les règles viennent tous les vingt-huit jours, abondantes et non douloureuses. Aucun trouble génital jusqu'à son mariage, il y a trois ans. Il y a deux ans, premier accouchement avant terme. Dix mois après, second accouchement encore avant terme. Six semaines après le premier elle a eu pendant deux mois des douleurs continues dans le bas-ventre et localisées à droite. Métrite après sa seconde grossesse et toujours douleurs à droite dans le ventre, qui vont en diminuant puis reparaissent. Elle vient de garder le lit pendant un mois quand elle entre à la Pitié, ayant été prise au début de douleurs dans le ventre plus violentes à droite, avec fièvre et vomissements. Les douleurs, continues nuit et jour, ne sont pas calmées par

le repos au lit, sont exaspérées par la marche; depuis trois jours, ce sont des élancements encore plus pénibles, avec propagation à la région antérieure de la cuisse droite et dans la région lombaire. Les dernières règles ont été marquées par un accroissement des douleurs. Une métrorrhagie seulement après les règles d'octobre dernier. Perte de l'appétit, mauvaises digestions, constipation ordinaire. La malade prétend avoir remarqué d'abondantes glaires dans ses matières.

État actuel. — Par le palper abdominal, on sent une tuméfaction dans la fosse iliaque droite, qui en dedans dépasse de deux doigts la ligne médiane et en dehors s'étend jusqu'à la ligne ombilico-iliaque et descend en bas jusqu'à l'arcade crurale, très douloureuse, lisse, mobile sous la peau de l'abdomen qui n'est pas augmenté de volume.

Au toucher, on trouve le col utérin près de la vulve; son orifice regarde légèrement en arrière et admet l'extrémité du doigt. Le corps, de volume normal, semble être en avant et à gauche. Le cul-de-sac latéral droit est repoussé par une masse se continuant en avant et en arrière avec la tumeur abdominale, fluctuante du vagin à l'abdomen.

OPÉRATION le 13 novembre 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset et Delage. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On arrive sur une tumeur du ligament large droit que l'on ponctionne et que l'on attire en dehors, mais dont la dissection est longue et minutieuse. Ce kyste est dans la profondeur adhérent à une seconde poche qui se déchire et est formée par la trompe remplie d'un liquide sanguin ancien. On est obligé, pour nettoyer le ligament large, de vider tout le petit bassin. On résèque la trompe gauche atteinte de salpingite. Hystérectomie sus-vaginale. On reconstitue le ligament large gauche; il est impossible d'en faire de même à droite; hémostase soignée de ce côté. On suture la paroi en laissant un drain. Durée de l'opération : une heure vingt-cinq.

Suites opératoires. — Soir de l'opération, T. 37°,1; P. 115.

Le 14. Matin : T. 37°,8; P. 128. Soir : T. 37°,5; P. 132.

Le 15. Matin : T. 38°,2; P. 115. Soir : T. 37°,5; P. 104.

Puis, pendant trois jours encore, la malade a la même température de 37° le matin et 37°,4 le soir avec un pouls à 90. Elle reste ensuite entre 36°,8 et 37°. Au huitième jour, elle a 38° le soir. On enlève le lendemain le drain qui est bouché. On en remet un plus petit qui est enlevé deux jours après, et la malade sort guérie le vingt-quatrième jour.

Examens des pièces. — Trompe gauche atteinte de salpingite. A droite, kyste de l'ovaire développé dans le ligament large, contenant dans l'épaisseur de la paroi d'autres petits kystes; la trompe, kystique, hypertrophiée, enveloppe une partie de la tumeur en bas et en arrière.

Résultats éloignés. — Revue en mars 1901, cette femme va très bien; le toucher montre un état excellent du petit bassin.

OBSERVATION LXXII (recueillie par M. JACQUES DELAGE).

Salpingo-ovarite droite. — Grossesse tubaire ancienne gauche. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Joséphine D..., femme D..., blanchisseuse, 29 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Toujours bien réglée. Mariée à 21 ans. Pas d'enfants, pas de fausse couche. Elle a eu une salpingite il y a quatre ans. Il y a quinze jours, elle a eu un retard d'un mois. Puis subitement elle eut quelques douleurs et se mit à perdre en rouge; elle a toujours perdu depuis; elle souffre dans le ventre, surtout à droite; depuis quelques jours, les mictions sont douloureuses.

État actuel. — Par le toucher on constate que le col utérin regarde dans l'axe du vagin, petit avec une lèvre antérieure plus épaisse que la lèvre postérieure. Le corps remonte à trois gros travers de doigt au-dessus de la symphyse, il n'est pas douloureux. Dans le cul-de-sac latéral droit, douloureux à la pression, on a la sensation d'une petite masse arrondie et douloureuse. Le cul-de-sac gauche est moins douloureux; l'on n'y sent rien d'appréciable.

OPÉRATION le 18 février 1901, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Alexandre et Delage. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A gauche, la trompe est le siège d'une poche du volume d'un œuf. La trompe droite est altérée. Les ovaires scléro-kystiques. On pratique l'hystérectomie sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : cinquante-cinq minutes.

Suites opératoires. — Soir de l'opération, T. 36°,9; P. 75.

Le 19. Matin : T. 37°,2; P. 80. Soir : T. 37°,8; P. 80.

Le 20. Matin : T. 37°,5; P. 80. Soir : T. 38°; P. 80.

Le 21. Matin : T. 38°,1. Soir : T. 37°,7.

Le 22. On enlève le drain, l'aspiration en donnant plus rien et la température étant tombée à 37° pour ne plus remonter jusqu'à la sortie de la malade, le 11 mars.

Examen des pièces. — Uterus petit, muqueuse épaissie. La trompe droite est enflammée, son pavillon oblitéré; elle contient des staphylocoques. La trompe gauche est augmentée de volume; elle présente, au niveau du pavillon, un kyste du volume d'une grosse noix contenant du sang et des débris de placenta. L'examen bactériologique de son contenu est négatif. L'ovaire droit, petit, est scléro-kystique ainsi que l'ovaire gauche, un peu plus volumineux.

Résultats éloignés. — Cette femme était on ne peut mieux à la fin de mai 1901.

OBSERVATION LXXIII (recueillie par M. ARMAND BERNARD).

Salpingite gauche suppurée. — Kyste multiloculaire suppuré inclus dans le ligament droit. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Berthe M. . . , modiste, 16 ans, entre le 16 novembre 1899 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée il y a un an, régulièrement. Il y a un mois, ses règles sont venues avec un retard de huit jours, abondantes mais avec quelques caillots.

Il y a dix jours environ, subitement dans la matinée, la malade a été prise de frissons très violents, de vomissements abondants sans douleurs abdominales. Elle s'est alitée et ne s'est levée que pour venir à l'hôpital. Les frissons et les vomissements continuent, elle a une épistaxis, des vésicules d'herpès labial. Un médecin l'examine et prescrit un purgatif. Il y a quatre jours, la malade s'aperçoit que son ventre a augmenté de volume, qu'elle ne peut pas uriner. Ses règles apparaissent. Elle n'urine pas, elle est abattue, la figure est bonne, elle souffre peu : la région sous-ombilicale est régulièrement ballonnée. Puis les douleurs augmentent et se localisent dans la fosse iliaque gauche.

État actuel. — Le col de l'utérus, lisse, régulier, fermé, apparaît entre les petites lèvres. Le corps est repoussé en avant contre la symphyse du pubis. En introduisant le doigt dans le vagin on sent toute la face postérieure de l'utérus.

Dans le cul-de-sac gauche, on sent les annexes augmentées de volume. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tuméfaction qui fait corps avec une tumeur que l'on sent dans le petit bassin par le palper abdominal. Les mouvements imprimés à cette tumeur abdominale ne se transmettent pas au col de l'utérus.

OPÉRATION, le 21 novembre 1899, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Bernard et Stepinsky. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Ponction d'une tumeur du volume des deux poings, plongeant en bas dans le petit bassin et remontant haut en arrière de l'utérus. Issue d'un litre de pus crémeux. La ponction d'une autre poche de la même tumeur donne issue à un pus plus liquide, un peu fétide ; une ponction faite en un troisième point donne un liquide citrin. Incision du ligament large droit qui contient cette tumeur, isolement et ablation totale de la poche kystique après section des adhérences épiploïques. A gauche et dans le cul-de-sac postérieur, une salpingite suppurée du volume d'une mandarine, également adhérente à l'épiploon, est également ponctionnée, libérée et enlevée. Hystérectomie sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi. Durée de l'opération : deux heures cinq.

Suites opératoires. — Soir de l'opération : T. 37° ; P. 88.

Le 22. Matin : T. 37°,8 ; P. 104. Soir : T. 38°,6 ; P. 96.

Le 23. Matin et soir : T. 37°,8 ; P. 88.

A partir du troisième jour, la malade reste entre 36°,8 et 37°,2. Ablation du drain le quatrième jour. L'opérée sort guérie le vingt-quatrième jour.

Résultats éloignés. — Revue en très bonne santé à la fin de mai 1901.

OBSERVATION LXXIV (recueillie par M. FRIEDEL).

Salpingo-ovarite droite. — Métrite hémorrhagique. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

H..., femme Q..., concierge, 50 ans, entre le 20 octobre à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, dans le service du professeur Terrier.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Quelques pertes blanches après les règles. Mariée à 18 ans. Deux accouchements normaux, puis une fausse couche.

Depuis trois ans environ, ses règles sont devenues très abondantes et durent cinq ou six jours au lieu de deux. En mai dernier, M. Gosset lui a extirpé un polype utérin qui faisait saillie dans le vagin. Depuis, les règles sont aussi abondantes, mais moins pénibles. Légères douleurs dans le bas-ventre calmées par le repos, augmentées par la fatigue. Légère constipation. Varices des jambes.

État actuel. — On sent les annexes droites grosses et adhérentes dans le cul-de-sac latéral droit en pratiquant le toucher.

OPÉRATION, le 27 octobre 1900, par M. TERRIER, aidé de MM. Gosset, Chaillous et Friedel. Chloroforme par M. Bourbon.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les annexes droites, augmentées de volume, mais non purulentes, sont libérées et attirées au dehors; on les enlève; l'utérus est gros et friable; on pratique l'ablation des annexes gauches et l'hystérectomie sus-vaginale. Suture de la paroi. Durée de l'opération: une heure dix.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, la malade a 37°,4; elle atteint 38° le lendemain matin, tombe à 37°,8; garde cette température le troisième jour puis redescend à 37°. Elle sort guérie le vingt et unième jour.

Résultats éloignés. — Revue en mai 1901. État des plus satisfaisants.

CONCLUSIONS

I. — En présence de l'insuffisance des résultats éloignés de l'oophoro-salpingectomie abdominale et de l'hystérectomie vaginale appliquées au traitement des lésions inflammatoires des annexes, il convient de pratiquer une opération plus radicale.

L'hystérectomie abdominale permet d'enlever les lésions en totalité, de nettoyer le petit bassin de toutes les parties malades et de ne refermer l'abdomen qu'après avoir recouvert le plancher pelvien de péritoine sur toute sa surface.

II. — L'hystérectomie abdominale supra-vaginale est plus facile, plus simple, plus courte que l'hystérectomie totale qui donne cependant de bons résultats et qui est indiquée dans les cas très suppurés où l'on veut établir un drainage vaginal ou abdomino-vaginal.

III. — Tous les procédés d'hystérectomie abdominale où l'ablation de l'utérus précède celle des annexes sont préférables, car ils permettent l'ablation facile des masses annexielles de bas en haut, après avoir donné plus de jour pour les aborder.

IV. — L'hystérectomie vaginale est à rejeter pour tous les cas d'annexites même suppurées, même en période aiguë, et ne doit exister que pour ouvrir une voie d'écoulement aux collections suppurées du petit bassin dans les cas d'extrême urgence où l'état de la malade ne permet pas une intervention abdominale, dans ces cas si rares d'abcès pelviens de Landau.

V. — Les résultats éloignés de l'hystérectomie abdominale dans les cas d'annexite sont supérieurs à ceux de toutes les autres opérations, qui ne sont pas moins meurtrières.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	7
CHAPITRE I. — <i>Historique</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Les vaisseaux de l'utérus et de ses annexes au point de vue chirurgical</i>	17
CHAPITRE III. — <i>Indications de l'hystérectomie abdominale</i> . — Comparaison de l'oophoro-salpingectomie abdominale et de l'hystérectomie vaginale avec la castration utéro-annexielle abdominale. Avantages et indications de la voie abdominale.....	22
CHAPITRE IV. — <i>Procédé de Delagenière (du Mans)</i> . — Hystérectomie totale.....	40
CHAPITRE V. — <i>Procédé de Bardenhauer</i> . — Hystérectomie totale.....	50
CHAPITRE VI. — <i>Procédé de Thomas Jonnesco (de Bucarest)</i> . — Hystérectomie totale.....	55
CHAPITRE VII. — <i>Procédé de G. Richelot</i> . — Hystérectomie totale.....	68
CHAPITRE VIII. — <i>Procédé d'H. Hartmann (de Paris)</i> . — Hystérectomie totale.....	75
CHAPITRE IX. — <i>Procédés de Jean-Louis Faure (de Paris)</i>	83
1° Hystérectomie totale par hémisection de l'utérus.....	83
2° Hystérectomie supra-vaginale par hémisection utérine.....	89
CHAPITRE X. — <i>Procédé de Howard A. Kelly (de Baltimore)</i>	91
1° Hystérectomie supra-vaginale par incision continue de gauche à droite ou de droite à gauche.....	91
2° Modification du Dr Segond pour pratiquer par ce procédé l'hystérectomie totale.....	98
CHAPITRE XI. — <i>Procédé de Howard A. Kelly pour l'hystérectomie supra-vaginale par hémisection de l'utérus</i>	100
CHAPITRE XII. — <i>Procédé du professeur Félix Terrier</i> . — Hystérectomie abdominale supra-vaginale.....	108
A. — Soins pré-opératoires.....	108
B. — Technique.....	114
C. — Soins post-opératoires.....	130
D. — Remarques sur quelques points de technique.....	133
CHAPITRE XIII. — <i>Valeurs des différents procédés. Leurs résultats éloignés</i>	139
OBSERVATIONS.....	147
CONCLUSIONS.....	211

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le Président de thèse,
TERRIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALÉ, HAVRE

